



**UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.**



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“COGNICIÓN SOBRE AUTISMO EN LOS ALUMNOS DEL ÚLTIMO AÑO  
DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, PARA UNA  
PROPUESTA CURRICULAR”.

**TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**EDUARDO CARRASQUEDO DOMÍNGUEZ**

ASESOR DE TESIS:

**LIC. ADRIÁN PORFIRIO MÉNDEZ FERNÁNDEZ**

**COATZACOALCOS, VERACRUZ.**

**SEPTIEMBRE 2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

DEDICATORIAS

I.- INTRODUCCION	2
1.1 JUSTIFICACION.....	3
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.3 OBJETIVOS.....	7
1.4 HIPOTESIS.....	8
1.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	9
II.- MARCO TEORICO.....	10
2.1 MARCO TEORICO.....	11
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	25
2.3 MARCO GEOGRAFICO.....	38
2.4 MARCO HISTORICO.....	43
III.- MARCO METODOLOGICO.....	50
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	51
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACION.....	54
3.3 INSTRUMENTOS.....	55
3.4 MUESTRA.....	55
3.5 PROCEDIMIENTO.....	56
IV. ANALISIS DE RESULTADO.....	58
4.1 ANALISIS DE LA ESCALA.....	59
CONCLUSION.....	87
PROPUESTA CURRICULAR.....	89
BIBLIOGRAFIA.....	90
ANEXOS.....	93

# **I. INTRODUCCIÓN**

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

La personal experiencia en el campo del autismo, ha llevado a considerar que hay un gran desconocimiento al respecto, no solo entre la población en general, sino especialmente entre los psicólogos.

Aspectos relativos a la definición y el diagnóstico de este padecimiento han causado tanta controversia a lo largo de los años, que resulta difícil encontrar profesionales de la salud, incluyendo a los psicólogos, que sean capaces de reconocer y tratar este síndrome.

Si bien es agobiante, aun cuando comprensible la ignorancia que existe en la sociedad en general, respecto al autismo, es aun más relevante cuando se refiere a profesionales como los psicólogos, que deben ser capaces por lo menos identificar este síndrome y orientar a los familiares del paciente sobre alternativas de diagnóstico adecuado.

Un aspecto importante a considerar y que provoca gran preocupación es que algunos psicólogos en la actualidad, no estén lo suficientemente preparados en cuanto al tema del autismo se trata, que desconozcan los conceptos básicos de este síndrome como lo es el diagnóstico, la etiología así como su evolución.

Es preocupante la poca preparación existente en los psicólogos para poder diagnosticar a un niño con autismo, diferenciar la sintomatología del

autismo de otros padecimientos para que el individuo pueda ser canalizado con un experto en el síndrome autista y pueda ser tratado. Es de suma importancia que los psicólogos adquieran los conocimientos básicos.

Para los padres es frustrante el no poder encontrar un profesional de la salud que le proporcione el diagnóstico correcto de su hijo; que tenga que visitar a siete profesionales antes de ser diagnosticado correctamente. Esto no pasaría si existiese una buena preparación de dichos profesionales de la salud.

Porque un diagnóstico temprano es de suma importancia para una vida mejor en un futuro del individuo con síndrome autista.

Es así, que aquí, se plantea un mapa curricular para la licenciatura de psicología en la universidad de sotavento, que incluya materias que aborden temas del síndrome autista, y otros padecimientos del desarrollo infantil; si bien no para formar expertos en el tema, si para proporcionarle a los alumnos de esta universidad los conocimientos básicos de este síndrome para que en un futuro como egresados puedan identificar la etiología del autismo. Si bien no para tratarlo si canalizarlo con un experto.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Existe en primer término una gran ignorancia respecto al síndrome autista, lo cual desde luego impide que un profesional de la salud pueda identificar el autismo, sea niño o adulto. El diagnóstico temprano en un niño autista, es de vital importancia, para la intervención y educación adecuada para potenciar sus posibilidades, su equilibrio y desarrollo personal.

A partir del diagnóstico hay que identificar los dos objetivos fundamentales del mismo:

En primer lugar, el diagnóstico sirve como punto de partida para buscar la ayuda necesaria para el paciente. Con esto nos referimos no únicamente a la curación total, que desde luego es lo deseable en todos los casos, sino a todo tipo de terapéutica que pueda facilitar la mejor funcionalidad de la persona que sufre un trastorno de su salud.

Esta ayuda puede ser desde la prescripción de medicamentos, indicaciones de cuidados necesarios, hasta terapias de todo tipo para mejorar su condición y la de los familiares que lo rodean.

El segundo objetivo del diagnóstico es desde luego la investigación que en los diferentes campos, puede llevarse a cabo. Es indudable que únicamente a través de una clasificación atinada de los distintos padecimientos, es posible agrupar a los individuos y sus características, a fin de investigar con metodología científica y un mínimo grado de confiabilidad, las diferentes enfermedades, sus causas y posibles soluciones.

Es esencial el apoyo de un equipo multidisciplinario donde cada profesional sea nuclear en el desarrollo y potenciación de las habilidades y posibilidades del niño autista. Un equipo siempre comunicado, en el cual se conozcan y discutan las mejores propuestas para la realidad de cada niño; por ello, es importante que los psicólogos estén debidamente preparados y sensibilizados con el síndrome autista.

Es importante que los psicólogos participen en la formación y capacitación de las familias, profesores y la comunidad en general.

Y es por ello que los alumnos egresados de la universidad de sotavento, próximos a ejercer, deben estar lo suficientemente preparados con los conocimientos básicos, para realizar un correcto diagnóstico del síndrome autista y canalizarlo con un experto en autismo.

### **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Evidenciar los conocimientos adquiridos por los alumnos del último año de psicología de la universidad de sotavento sobre el síndrome autista, para fundamentar una propuesta curricular.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1.- Insertar a los alumnos en instituciones de intervención prioritaria en niños con autismo. Para que adquieran los conocimientos sobre autismo a través de la práctica.

2.- Contribuir en la actualización y pertinencia del plan de estudios de psicología con base en las necesidades cognoscitivas de los alumnos de la universidad de sotavento.

## **1.4 HIPÓTESIS**

Los alumnos del último año de psicología de la universidad de sotavento carecen de los conocimientos básicos del síndrome autista que son etiología/diagnóstico, aspectos cognitivos y evolución o curso.

## **1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
<b>V.I.</b> Síndrome autista	Síndrome conductualmente definido que se manifiesta desde el nacimiento o poco después. Sus síntomas son expresión de un proceso que afecta el ritmo del desarrollo, la modulación de la percepción, el lenguaje, el desarrollo cognitivo e intelectual, y la habilidad para relacionarse.	Estado infantil cuya principal característica es la incapacidad para relacionarse con los demás desde el comienzo de sus vidas, mantener una conducta ritualista y la incapacidad para utilizar el lenguaje como medio de comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidad de interacción social.</li> <li>• Trastorno del lenguaje</li> <li>• Conductas ritualistas.</li> <li>• Aislamiento.</li> </ul>
<b>V.D.</b> Cognición	Capacidad del ser humano para recibir estímulos, discriminar, memorizar, pensar, razonar, e imaginar enfocado en la solución de problemas de diversa índole.	Por cognición entendemos el acto de conocimiento, en sus acciones de almacenar, recuperar, reconocer, organizar y usar la información recibida a través de los sentidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evocar información acerca de hechos, sucesos o acontecimientos.</li> <li>• Resolución de problemas en general.</li> <li>• Aplicar reglas, leyes o principios.</li> <li>• Discriminar comportamiento social y/o estereotipado.</li> </ul>

## **II. MARCO TEÒRICO**

## **2. I TEORÍAS Y FUNDAMENTOS DE LA COGNICIÓN.**

El concepto de cognición (del latín: *cognoscere*, “conocer”) hace referencia a la facultad de los seres para procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido y características subjetivas que permiten valorar y considerar ciertos aspectos en detrimentos de otros. El enfoque cognitivo ha insistido sobre como los individuos representan el mundo en que viven y como reciben información, actuando de acuerdo con ella. Se considera que los sujetos son elaboradores y procesadores de la información.

Los procesos cognitivos pueden ser naturales o artificiales, conscientes o inconscientes, lo que explica porque se ha elaborado su estudio desde diferentes perspectivas incluyendo la neurología, psicología, filosofía y ciencias de la información tales como la inteligencia artificial y la gestión del conocimiento.

La cognición está íntimamente relacionada con conceptos abstractos tales como mente, percepción, razonamiento, inteligencia, aprendizaje y muchos otros que describen numerosas capacidades de los seres superiores. Aunque estas características también las compartirían algunas entidades no biológicas según lo propone la inteligencia artificial.

En las primeras etapas de desarrollo del concepto se creía que la cognición era una característica solamente humana pero con el desarrollo de la etología y la inteligencia artificial se discute la validez de tal argumento.

En psicología e inteligencia artificial el concepto se refiere a las funciones, procesos y estados mentales de agentes inteligentes, con un enfoque particular en procesos tales como comprensión, inferencia, toma de decisiones, planificación y aprendizaje.

La investigación en el campo de la cognición aborda capacidades de los agentes/sistemas tales como la abstracción, generalización, concreción/especialización y meta-razonamiento en las cuales se involucran conceptos subjetivos tales como las creencias, conocimiento, estados mentales y preferencias.

El concepto de cognición es frecuentemente utilizado para significar el acto de conocer, o conocimiento, y puede ser definido, en un sentido cultural o social, como el desarrollo emergente de conocimiento dentro de un grupo que culmina con la sinergia del pensamiento y la acción.

A la luz de esta teoría, el aprendizaje se define como un cambio en la capacidad o disposición humana, relativamente duradero y además no puede ser explicado por procesos de maduración. Este cambio es conductual, lo que permite inferir que se logra solo a través del aprendizaje. Se encuentran también alteraciones de disposición. Que tienen implicaciones con respecto de los cambios conductuales, pero de manera diferente. Estas alteraciones se denominan actitud, interés o valor.

Las informaciones del ambiente entran a través de los receptores (SNC). Luego pasan al registro sensorial; de ahí la información se va a la memoria de corto alcance, en donde se lleva a cabo una codificación conceptual. Para el paso a la memoria de largo alcance, puede ayudar un ensayo o repetición interna.

Si la información se relaciona con alguna preexistente, puede ser codificada y llevada inmediatamente a la memoria de largo alcance. También puede suceder que exista una fuertísima motivación externa que permita el paso inmediato a la memoria de largo alcance. Otra posibilidad es que no se produzca una codificación adecuada de la información, incurriendo en su desaparición. Gagné plantea la existencia de una sola memoria, en la cual las de corto y largo alcance sean quizás parte de un continuo llamado memoria.

Existen también en este modelo, procesos de control: control ejecutivo y expectativas. Estas forman parte de la motivación, sea esta extrínseca o intrínseca. La motivación prepara al sujeto para codificar o decodificar la información. La manera en cómo será codificada la información está determinada por el control ejecutivo, así como también el proceso de recuperación.

El modelo anteriormente presentado ayuda a entender la propuesta de Gagné. Los elementos constituyentes de los mecanismos internos de aprendizaje, son etapas el acto de aprender, y son presentados a continuación.

- Fase de motivación ----- expectativas
- Fase de aprehensión ----- atención perceptiva selectiva
- Fase de adquisición ----- codificación almacenaje
- Fase de retención ----- acumulación en la memoria
- Fase de recuperación ----- recuperación
- Fase de generalización ----- transferencia
- Fase de desempeño ----- generación de respuestas
- Fase de retroalimentación -----reforzamiento

### **2.1.1 TEORÍA DEL APRENDIZAJE DE ROBERT GAGNÉ.**

Robert Gagné, psicólogo norteamericano, sistematiza un enfoque integrador donde se consideran aspectos de las teorías de estímulos-respuesta y de los modelos de procesamiento de información. Es un modelo acumulativo de aprendizaje que plantea ocho tipos de aprendizaje.

- 1) Aprendizaje de signos y señales. Es aquel que se caracteriza por la observación natural del comportamiento, por ejemplo, un niño autista que camina de puntitas, una mirada que traspasa y movimientos rutinarios son signos y señales que especifican al síndrome autista.
- 2) Aprendizaje de respuestas operantes. Es el aprendizaje más utilizado para fomentar la educación; se trabaja por medio de recompensas y castigos para que este aprendizaje sea eficiente y permanente.

- 3) Aprendizaje en cadena. Es el aprendizaje que se lleva a cabo por pasos, es decir, procedimental; como el manejar un automóvil.
- 4) Aprendizaje de asociaciones verbales. Es aquel conocimiento o concepto que se hace presente en la mente cuando se relaciona con un estímulo con el solo hecho de mencionar una palabra u oración. Por ejemplo si se menciona la palabra senectud inmediatamente viene a la mente que se está hablando de la etapa de edad adulta mayor a los sesenta años
- 5) Aprendizaje de discriminaciones múltiples. Es aquel aprendizaje que permite hacer diferencias desde las más simples hasta las más complejas. Por ejemplo un alumno de psicología aprende a diferenciar la sintomatología del síndrome autista de otro relacionado con el autismo.
- 6) Aprendizaje de conceptos. El alumno aprende definiciones textuales de “autores” las cuales le llevarán a formar su propio concepto.
- 7) Aprendizaje de principios. Es el que se caracteriza por leyes y fundamentos los cuales permiten saber y conocer el origen de las cosas.
- 8) Aprendizaje de resolución de problemas. Este es aquel que se adquiere después de todos los anteriores ya mencionados, y el individuo puede realizar una toma de decisiones correcta y acertada.

A partir de esto, Gagné considera que deben cumplirse, al menos, diez funciones en la enseñanza para que tenga lugar un verdadero aprendizaje.

- a) Estimular la atención y motivar.
- b) Dar información sobre los resultados esperados (los objetivos del aprendizaje).
- c) Estimular el recuerdo de los conocimientos y habilidades previas, esenciales y relevantes.
- d) Presentar el material a aprender.
- e) Guiar y estructurar el trabajo del aprendiz.
- f) Provocar la respuesta.
- g) Proporcionar feedback.
- h) Promover la generalización del aprendizaje.
- i) Facilitar el recuerdo.
- j) Evaluar la realización.

## **2.1.2 TEORÍAS SOBRE EL SÍNDROME DE AUTISMO**

### **2.1.3 TEORÍA PSICOANALÍTICA.**

Cuando en 1943 Leo Kanner describió por primera vez las características relevantes del autismo infantil, propuso una doble causa. Por una parte indicó que los pacientes carecían de recursos neurológicos adecuados, implicando con ello una etiología orgánica; pero además mencionaba que la personalidad de los padres constituía un factor no solo importante, sino hasta determinante.

Durante la primera mitad del siglo XX, se ha adscrito a los padres una función totalmente culpígena. Con el auge del psicoanálisis, se hizo recaer en ellos el peso de la etiología: la conducta desadaptada de sus hijos era solo una consecuencia de su alterada personalidad y actitudes parentales.

Este pensamiento se implicó también en las primeras teorías sobre la etiología del autismo, cuando la tentación de ofrecer una explicación excedía por mucho las posibilidades de la ciencia para ofrecerla. Esta teoría etiológica se ha llamado "psicogénica" y postula que el origen del trastorno es psicológico.

Según la teoría psicoanalítica, son las primeras relaciones entre la madre y el hijo, las generadoras del autismo y de las psicosis infantiles en general.

Cuando estas primeras relaciones se encuentran exageradamente perturbadas, se produce un fracaso en la formación del yo, una escisión que incidirá en la desadaptación y desintegración de las estructuras psicológicas del niño. No se produce el esperado contacto con la realidad, pues el niño siente angustia de perder el estado fusional con la madre.

El niño entonces sufre una detención o una regresión a un estadio primario del desarrollo, en el cual se fija. Es decir, el niño ha escogido el "suicidio del alma" (Bettelheim, 1967), antes de vivir la frustración derivada de la relación madre-hijo. Según la teoría psicoanalítica, la madre es culpable, hasta que se pruebe lo contrario.

El abordaje terapéutico desde esta teoría, consiste en actuar como filtro protector para que el autista pueda tolerar la realidad exterior que percibe como terrorífica y amenazante. Procurar que los objetos autistas dejen su lugar a objetos transicionales, necesarios para la creación de un espacio transicional previo a la aceptación de la realidad y de la relación (Garanto, 1984).

Los estudios sobre autismo se hicieron durante la primera mitad de este siglo, tendieron a resaltar la psicopatología parental como causa fundamental.

A este respecto conviene señalar lo que comenta A. Polaino (1982) respecto a una investigación realizada por Cantwell y cols. En 1987, y cuyos resultados fueron proporcionados a Polaino por propio Cantwell, en el que se revisaron 100 publicaciones sobre autismo infantil, 58 publicadas antes de 1965 y 42 publicaciones entre 1965 y 1977. En el primer grupo, publicadas antes de 1965, el 67% afirman que la patología de los padres esta "implicada en la etiología" del autismo de sus hijos.

En el grupo de publicaciones posteriores (1965 a 1977), el 86% afirma que no se encontró "ninguna relación etiológica" entre el autismo del niño y las posibles patologías de los padres.

Comparando estos porcentajes, se observa que el 67% de unas afirman lo que el 86% de las otras descarta. Parece indicar que los resultados expresados en las publicaciones se relacionan más con la vigencia de la moda psicoanalítica, que con una observación sistemática.

La creencia de una causa psicológica es explicable, si se tiene en mente que muchos niños autistas son bonitos, no presentan signos neurológicos evidentes, tienen movimientos adecuados y algunos inclusive muestran habilidades extraordinarias que los hacen parecer muy inteligentes. Ante la imposibilidad de encontrar una causa biológica, se pensaba que estos niños eran en verdad muy inteligentes, pero que se encontraban encerrados por un conflicto emocional impuesto por sus padres. Este tipo de pensamiento permitió que el mito de la psicogénesis del autismo se hiciera muy popular, probablemente porque la gente piensa que si un problema es psicológico, es más fácil curarlo.

Tiempo después de la aparición de la teoría psicogénica (fundamentalmente después de 1960) se ha intentado verificar sus postulados, así como la efectividad de este tipo de terapéutica. Autores como Rutter, McAdoo, Ditfield en los años 70`s, 80`s y otros han demostrado la vulnerabilidad de estos postulados, y sin embargo la teoría psicogénica continua teniendo adeptos, las más de las veces porque se desconocen los avances de las investigaciones científicas. Lo verdaderamente grave de la teoría psicogénica es que, al poner la culpa en los padres, ha inmovilizado por años a los más fuertes aliados del autista, disminuyendo sus posibilidades de mejoría.

#### **2.1.4 TEORÍAS BIOGÉNICAS.**

Hoy en día se considera al autismo como la manifestación de un desorden anatómico, fisiológico o bioquímico del sistema nervioso central. Como dijimos anteriormente, diferentes estudios han mostrado que no hay diferencia en la actitud parental de la crianza de niños autistas, comparándolos con grupos control (DeMyer, 1979 y 1981; Rutter, 1978). Si el autismo es psicogénico, las conductas causantes de los padres son tan sutiles, que no pueden ser identificadas o documentadas.

Se sabe que la incidencia de complicaciones pre, peri y postnatales es mayor en niños autistas que en niños normales, y se asemeja a las cifras encontradas en grupos clasificados como retardo mental, parálisis cerebral y otras formas de daño cerebral.

Un 65% de los autistas presentan anomalías en el electroencefalograma y la incidencia de convulsiones varía con la edad. Se sabe, sin embargo, que aproximadamente un 30% tienen convulsiones, aunque pueden aparecer hasta la adolescencia.

En los aspectos bioquímicos, se ha encontrado que los autistas presentan niveles de serotonina superiores al normal, así como niveles bajos de dopamina. También se encuentran altos niveles de metabolitos catecolamínicos en la orina, así como niveles altos de zinc en el suero.

Algunas investigaciones han sugerido malformaciones en tallo cerebral, particularmente en el sistema vestibular; otros autores sugieren que debe haber una lesión en el sistema límbico (Damasio), mientras que otros responsabilizan al hemisferio izquierdo en general, o a las asimetrías en el volumen de los lóbulos frontales izquierdo y derecho, encontradas en imágenes de resonancia magnética (Hashimoto).

En relación a los déficits funcionales, algunos autores mencionan como básico o primario el déficit en el procesamiento de la información sensorial, mientras que otros explican el síndrome en base a un déficit de lenguaje o a un problema de memoria.

DeMyer: “No es probable que la causa del autismo se encuentre en una alteración en el tamaño del cerebro o en una estructura determinada. Los niños autistas parecen tener más bien un déficit generalizado de una función neurológica que es probablemente común a todas las neuronas cerebrales. Es decir, debe haber una disfunción global, como global es la falta de funcionamiento neurológico. Lo sorprendente es la enorme diferencia que se encuentra en el funcionamiento de las áreas motoras, que es generalmente adecuado, así como las funciones básicas de la supervivencia, comparándolas con aquellas eminentemente humanas como serían las de comunicación con nuestros semejantes, introspección, conciencia de limitaciones y adaptación inteligente de nuestro medio ambiente.

Tal vez si se encuentra que sistema neural produce el autismo, localizaremos las funciones cerebrales que nos hacen más humanos”.

### 2.1.5 TEORÍAS CONDUCTUALES

Respecto a estas teorías hay poco que agregar, excepto que surgieron como contraposición al psicoanálisis y en apoyo a las teorías conductistas. De acuerdo con este enfoque, las conductas maladaptativas o inadecuadas de los autistas, son solo un conjunto de aprendizajes que se han dado, bien como imitación a ambientes inadecuados, bien como respuestas ante estímulos, con las cuales han obtenido una recompensa. Es decir, el niño hace berrinches o se golpea la cabeza, porque "aprendió" que con ello obtiene atención, dulces, caricias, cuidados o cualquier otra cosa que le es agradable.

Es evidente que estas teorías tienen poco que aportar en cuanto a una explicación de la causa o etiología del trastorno, sin embargo son extraordinariamente útiles para explicar la presencia de algunos síntomas o características conductuales que presentan los autistas y más aún para modificarlos.

Es así que desde el punto de vista conductual o comportamental, aún cuando la causa del trastorno sea desconocida, el niño que golpea su cabeza contra la pared o con sus manos, obtiene una gratificación de esta conducta, ya que si no fuera así, no habría "aprendido" este comportamiento. Esto nos ofrece un indicio de que tal vez esté presente un intenso dolor de cabeza que se aminora o alivia con presión fuerte, tal como lo haría cualquier adulto normal que sufriera de intensas jaquecas y dispusiera de otro medio para aliviarlas.

Esta misma línea de pensamiento puede aplicarse a cualquiera de las conductas extrañas e inexplicables del autista, con lo que se intuye al menos ciertas manifestaciones del trastorno.

Por otra parte, así como el niño "aprendió" a obtener satisfacción de una conducta poco adaptativa y no socialmente aceptada se le puede enseñar, mediante técnicas conductistas, a sustituir esa conducta por otra que le ofrezca también una gratificación y que además sea más adaptativa, como sería el indicar al adulto su cabeza para hacerle saber que le duele y le sea administrado un medicamento para el dolor, o aún verbalizar la palabra "duele" con el mismo fin.

## 2.2 MARCO CONCEPTUAL.

La heterogeneidad con que se presentan los casos de autismo, la multitud de síntomas o características conductuales descritas, las controversias habidas (y por haber) sobre cuáles son necesarias para diagnosticar el autismo, plantean a menudo problemas no sólo en cuanto los criterios diagnósticos, sino que también con la dificultad de establecer un *punto de corte* entre el autismo y otros trastornos que comparten algunos síntomas, pero que no cumplen totalmente el conjunto de criterios diagnósticos aceptados por la comunidad científica. Por ello, no debe sorprender que una de las razones de la mencionada heterogeneidad sea que en muchos casos el autismo aparece solapado con otros trastornos infantiles.

Algunas veces como fruto de una patología específica anterior, como la rubeola congénita, esclerosis tuberculosa, encefalopatía, lipoidosis cerebral o neurofibromatosis. En otros casos el autismo se asocia a otros trastornos, como síndrome de Down, o con crisis epilépticas que se manifiestan en la adolescencia.

Sin embargo, la fuente de heterogeneidad que más problemas acarrea al diagnóstico del autismo procede del hecho de que este trastorno comparte ciertas características esenciales (síntomas primarios o rectores) con otras alteraciones infantiles. El autismo puede diferenciarse al menos de siete características diagnósticas: esquizofrenia infantil, disfasia evolutiva, retraso mental, privación ambiental, síndrome de Rett, síndrome de Asperger y el trastorno infantil desintegrativos.

Con respecto a la **Esquizofrenia infantil**, El DSM-IV-TR (APA, 1989) explica que no hay pruebas de que el autismo esté relacionado con los trastornos psicóticos de la vida adulta ni con el inicio de la esquizofrenia, aún cuando es posible que algún niño autista presente esquizofrenia en la vida adulta. Además se sabe que la esquizofrenia infantil no existe porque el criterio para la esquizofrenia en cuanto a la edad de inicio es la adolescencia. Y el hecho de que un autista tenga esquizofrenia en su vida adulta no quiere decir que el autismo sea un antecedente de la esquizofrenia.

Reuniendo los criterios de varios autores, a continuación se presenta un cuadro de las diferencias esenciales del autismo y la esquizofrenia:

	<b>AUTISMO</b>	<b>ESQUIZOFRENIA</b>
Edad de comienzo	Usualmente antes de los 30 meses.	Infancia tardía o adolescencia.
Incidencia	4/10,000	8/10,000
Socialización	Muchas dificultades en sus relaciones interpersonales. No comunicativos. Aislamiento.	Las relaciones personales están siempre presentes.
Lenguaje	Trastornos graves. Ausente o rudimentario y no funcional. Ecolalia, inversión de pronombres.	Hay desarrollo de lenguaje. Al aparecer el trastorno del lenguaje se vuelve pobre, vago, disgregado, sobreelaborado o metafórico.
Estereotipia	No tolera los cambios	Tolera de buen grado los cambios
Alucinaciones y delirios	No hay	Siempre presentes
Probabilidad de tener pariente esquizofrénico	Igual a la población general	Significativamente superior a la población general
Efectividad terapéutica	Mayor por modificación de conducta	Mayor por psicofármacos
Pronóstico	No hay curación. Posibilidad de algún tipo de mejoría.	Posibilidades de remisión bastante completa.

Otro trastorno que debe ser diferenciado es la **disfasia evolutiva**; que se puede definir como un retraso en la adquisición del lenguaje y la articulación. Por tanto los niños disfásicos comparten con los autistas diversa sintomatología relacionada con la adquisición del lenguaje. Entre estas características comunes cabría destacar la ecolalia, la inversión pronominal, el déficit de secuenciación y el déficit en la comprensión del significado de las palabras.

También se pueden observar ciertos problemas sociales en los niños disfásicos, como consecuencia de sus problemas en el lenguaje. No obstante, está claro que el déficit que presentan los autistas en el lenguaje son más graves y complejos que los problemas de los niños disfásicos. Los niños disfásicos conservan su capacidad comunicativa, mediante el uso del lenguaje no verbal, manifiestan las emociones y son capaces de llevar a cabo juegos simbólicos.

El **síndrome de Rett** es una grave patología neurológica, que afecta en su mayoría de las veces a sujetos del sexo femenino. La enfermedad es congénita, aunque no es evidente en un primer momento, y se manifiesta durante el segundo año de vida y, en todo caso dentro de los 4 primeros años de vida. Pueden observarse graves retrasos en la adquisición del lenguaje y en la adquisición de la coordinación motriz; es por ello que está asociado con retraso mental grave o leve porque presenta una sintomatología similar.

Fue denominado así en reconocimiento al investigador pionero de esta alteración infantil, el científico suizo Andreas Rett, que describió por primera vez el síndrome en 1966 como un trastorno exclusivo del sexo femenino, ya que sólo lo detectó en niñas.

Sin embargo, y aunque en 1974 el profesor Rett describió nuevamente más casos del mismo síndrome (21 niñas), no fue hasta 1980 cuando se reconoció la existencia del mismo en la literatura científica, sobre todo a partir de la publicación de Bengt Hagberg (1980), en la que describía otros 16 casos de niñas comparables a los casos descritos por Rett.

Esta profusión de datos y los posteriores hallazgos de Tsai (1992) han provocado que apareciese como categoría nosológica en las clasificaciones CIE-10 y DSM-IV-TR.

Criterios diagnósticos del trastorno de Rett según la DSM-IV-TR

**Desarrollo normal durante al menos los primeros seis meses de vida, manifestado por:**

- Apparente desarrollo normal prenatal y perinatal.
- Apparente desarrollo psicomotor normal durante los primeros seis meses de vida.
- Normal perímetro craneal al nacer.

**Aparición entre los 5 y los 48 meses de los siguientes fenómenos:**

- Desaceleración del crecimiento craneal.

- Pérdida del uso propositivo adquirido de las manos, con desarrollo de movimientos estereotipados de las manos (como de retorcer o de lavarse las manos).
- Pérdida inicial de la vinculación social (que a menudo se desarrolla posteriormente).
- Aparición de marcha incoordinada o de movimientos del tronco.
- Marcado retraso y alteración del lenguaje expresivo y receptivo con retraso psicomotor severo.

Como criterios diferenciales con el autismo no se detecta en el síndrome de Rett el ensimismamiento característico del autismo, ni las conductas estereotipadas o ritualizadas.

Comparación entre síndrome de Rett y autismo infantil.

SINDROME DE RETT	AUTISMO INFANTIL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo normal hasta los 6/8 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparición en la primera infancia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida progresiva del habla y la función manual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las habilidades previamente adquiridas se mantienen.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profuso retraso mental en todas las áreas funcionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las habilidades visoespaciales y manipulativas parecen conservarse mejor que las verbales.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Microcefalia adquirida, retraso en el crecimiento, pérdida de peso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo físico normal en la mayoría.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movimientos estereotipados siempre presentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conductas estereotipadas variadas con manifestaciones complejas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades progresivas en la deambulaci3n. Apraxia troncal y coordinaci3n corporal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funciones motoras gruesas normales en la primera d3cada de la vida</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia del lenguaje.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En algunas ocasiones ausencia del lenguaje. Si está presente, patrones peculiares. Trastornos comunicativos no verbales.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacto ocular presente, a veces muy intenso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacto ocular inadecuado</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poco interés por la manipulación de objetos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conductas ritualistas estereotipadas. Manipulación de objetos o autoestimulaciones sensoriales.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisis durante la infancia al menos el 70% de los casos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisis en el 25% de los casos durante la adolescencia y la edad adulta.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruxismo, hiperventilación con retención/expulsión de aire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No es típico el bruxismo ni la hiperventilación.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pueden presentarse movimientos coreiformes y distonias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existen movimientos coreiformes ni distonias.</li> </ul>

El **síndrome de Asperger** es un trastorno mental que forma parte del espectro de trastornos autísticos. Se encuadra dentro de los trastornos generalizados del desarrollo. Sus características fueron descritas por Wing y Gold. El término fue utilizado por primera vez por Lorna Wing en 1981 en un periódico médico, bautizándolo en honor a Hans Asperger, un psiquiatra y pediatra austriaco cuyo trabajo no fue reconocido internacionalmente hasta la década de 1990.

Ha sido hasta hace relativamente poco tiempo una contribución científica proscrito por razones ajenas a la ciencia. A pesar de que Hans Asperger describiera en 1944 un síndrome con características muy semejantes al síndrome descrito por Kanner un año antes, no ha sido hasta los años ochenta cuando la comunidad científica se ha interesado por el síndrome de Asperger.

Este síndrome es quizá el que más problemas acarrea en cuanto a su validez nosológica. No está demostrado hasta qué punto es una entidad diferente del autismo o subtipo del trastorno autista, ya que ambos presentan déficit cualitativo comparable. Una descripción profana plantearía que los niños de Asperger parecen autistas de alto nivel, este es, sin la afectación en el desarrollo del lenguaje. El diagnóstico del síndrome de Asperger requiere la manifestación de falta de empatía, estilos de comunicación alterados, intereses intelectuales limitados y, con frecuencia, vinculación idiosincrásica con los objetos.

La CIE-10, que también cuestiona la validez diagnóstica de este síndrome, incluye la presencia de conductas estereotipadas, repetitivas y restricción de éstas. Plantea como criterio diferencial del autismo la adquisición del lenguaje y el desarrollo cognitivo que con frecuencia son normales en los niños con síndrome de Asperger, quienes tampoco presentan los problemas de comunicación asociados al autismo. Las cifras apuntan a una *ratio* niño-niña de 8 a 1.

No obstante, estos datos clínicos no pueden considerarse como definitivos y se hace necesario, más que en ningún otro caso, nuevas investigaciones con el fin de clarificar y especificar si estos casos relatados como síndrome de Asperger representan una variedad subclínica del autismo o alguna categoría diagnóstica completamente diferente.

## Criterios diagnósticos del síndrome de Asperger según el DSM-IV-TR

### **Alteración marcada y sostenida en la interacción social manifestada por lo siguiente:**

- Marcada ausencia de sensibilidad hacia los demás.
- Ausencia de reciprocidad social o emocional.
- Raramente busca consuelo o cariño en los momentos de malestar.
- Fallos en desarrollar relaciones con compañeros de manera adecuada a su nivel de desarrollo.
- Imitación ausente o alterada.

- Repertorio restrictivo, estereotipado y repetitivo de comportamientos, intereses y actividades.

- Ausencia de cualquier tipo clínicamente significativo de retraso general en el desarrollo del habla (p. ej., utiliza palabras sueltas para los dos años, frases comunicativas para los tres años).

- Ausencia de cualquier retraso clínicamente significativo en el desarrollo cognitivo, manifestado por el desarrollo adecuado para la edad de competencias de autonomía personal, conducta adaptativa y curiosidad por el entorno.

- No clasificable en cualquier otro trastorno generalizado del desarrollo.

De igual manera que con los dos trastornos anteriores (síndrome de Rett y síndrome de Asperger), con el **trastorno desintegrativo infantil** se hace necesario el diagnóstico diferencial de forma prioritaria.

En el **trastorno desintegrativo infantil** el criterio esencial es la manifestación de una regresión profunda y desintegración conductual tras los 3 ó 4 años de un aparente desarrollo normal. Aunque las clasificaciones nosológicas adelantan la edad hasta los 2 años al menos. Con frecuencia se observa un periodo prodrómico al que se asocia la presencia de irritabilidad, inquietud, ansiedad y una relativa hiperactividad; periodo al que sigue la pérdida del habla y del lenguaje, de las habilidades sociales, alteración de las relaciones personales, pérdida de interés por los objetos e instauración de estereotipias y manierismos.

Criterios diagnósticos del trastorno desintegrativo infantil según el DSM-IV-TR

- Desarrollo aparentemente normal hasta al menos los dos años, manifestado por la presencia adecuada para la edad de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y conducta adaptativa.

**Pérdida clínicamente significativa de competencias previamente adquiridas en al menos dos de las siguientes áreas:**

- Lenguaje expresivo o receptivo.
- Conducta adaptativa o competencias sociales.
- Control rectal o vesical.
- Juego.
- Competencias motrices.

- Funcionamiento social marcadamente anormal, manifestado por cumplir los tres primeros criterios del trastorno autista.

Como se puede observar en esta descripción clínica del trastorno desintegrativo, hay un evidente solapamiento con la sintomatología del autismo. La importancia de estos casos de aparición tardía radica en la frecuencia con que este trastorno va asociado a alteraciones neurológicas progresivas (ya sean congénitas o adquiridas) como la lipoidosis o la leucodistrofia.

En definitiva, hay dos razones fundamentales para diferenciar los trastornos desintegrativos del autismo. La primera enfatiza que el periodo de desarrollo normal es significativamente más largo de lo que usualmente se da en el autismo. La segunda subraya que el patrón de regresión es diferente, ya que habitualmente implica la pérdida de otras habilidades además de la comunicación y de las relaciones sociales. De igual forma, tanto el curso como la descripción clínica del trastorno desintegrativo difieren del síndrome de Rett.

Es frecuente que el niño autista haya sido llevado previamente a un examen de audición, pues los papas llegaron a sospechar que era sordo. De la misma manera, los niños que nacen sordos tienen problemas en la comprensión y uso del lenguaje hablado, y pueden ser socialmente retraídos.

Sin embargo, la diferencia esencial con el niño autista es que el niño sordo es capaz de utilizar el gesto muy rápidamente, y sobre todo, de señalar los objetos con el dedo, mientras que el niño autista toma la mano de otro para obtener lo que quiere. El niño sordo puede no dar respuesta a los sonidos, pero reacciona a lo que ve, le gusta ser acariciado y en general, gesticula para comunicarse: reacciona al ambiente y a las personas.

Hablando de la **afasia** esta se define como la pérdida de capacidad de producir o comprender lenguaje, debido a lesiones en áreas cerebrales especializadas en estas tareas. Los niños con afasia primaria pueden tener historias similares a la de los niños autistas. Pueden ser normales durante el primer año y hasta el segundo, pero conforme pasa el tiempo y el lenguaje se convierte en la forma esencial de relación social, y las tareas cognitivas requieren la intervención del lenguaje para su solución, estos niños afásicos desarrollan importantes problemas conductuales. Se vuelven hiperactivos, ansiosos y difíciles de controlar. Incluso a la edad de 4 o 5 años pueden parecer niños simbiotizados con su madre, ya que ella es probablemente la única persona que entiende su forma de comunicación.

Solo una observación cuidadosa mostrará que el niño afásico conserva sus capacidades de lenguaje interior, tal como se muestra en el juego espontáneo y estructurado que realiza; asimismo es capaz de producir gestos simbólicos con un amplio repertorio de mímica, usando signos y señas para comunicar sus pensamientos. Su capacidad e interés en formar lazos afectivos y relaciones sociales significativas, está intacta.

En el **Mutismo selectivo** el niño es capaz de hablar, pero elige no hacerlo en ciertas circunstancias, y por lo general aparece entre los 4 y 5 años de edad. La característica distintiva es que este niño puede usar el lenguaje y los gestos con fluidez e intención comunicativa cuando lo hace, y no presenta las anormalidades del lenguaje, expresión vacía o carencia de intención comunicativa, tan típicas del autismo.

En general, y a manera de resumen en un solo punto las diferencias entre el autismo y otros trastornos, el más específico es la ausencia de gesto significativo correspondiente a las circunstancias.

Otra trastorno considerado para hacer un diagnóstico diferencial por su similitud en la presencia de signos y síntomas es el **retraso mental** el cual se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.

El denominador común entre autistas y niños mentalmente retrasados es, en este caso, la capacidad intelectual. A pesar de que Kanner sostuviese que los niños autistas estaban dotados de una inteligencia normal, ya ha quedado demostrado, como hemos comentado en un apartado anterior, que los niños autistas presentan una deficitaria capacidad intelectual que persiste a lo largo de su vida.

Sin embargo, aunque han aparecido casos de niños retrasados con sintomatología autista, lo cierto es que los niños con retraso mental como los afectados por el síndrome de Down, conservan su capacidad de interacción social y de comunicación, siendo incluso en numerosos casos incluso mejor que la de los niños normales.

Otro aspecto diferencial entre autistas y retrasados mentales es el desarrollo físico, que permanece normal en los primeros y se ve afectado en los segundos. En general, los niños con retraso mental muestran un pobre rendimiento en todas las áreas intelectuales, en tanto que los niños autistas pueden tener conservadas o incluso potenciadas las habilidades no relacionadas con el lenguaje, como la música, las matemáticas o las manualidades.

### **2.3 MARCO ESPACIAL O GEOGRÁFICO.**

Reconocida por organismos internacionales de la calidad, la universidad de sotavento cumple 15 años de servicio a la educación superior con campus en Coatzacoalcos, Villahermosa y Orizaba.

Y es que bajo la batuta de su rector y propietario, Juan Manuel Rodríguez García, la US atiende a más de cinco mil alumnos, ofreciendo 16 licenciaturas y siete posgrados.

“Sentimos que existía la necesidad de abrir una universidad en Coatzacoalcos, que atendiera las necesidades de todos los egresados de bachillerato que no podían incorporarse a la universidad veracruzana”, recordó.

A lo largo de su historia, la US ha mantenido convenios con la universidad veracruzana, el instituto tecnológico de monterrey y la universidad del valle de México, independientemente de que 11 de sus licenciaturas se encuentran incorporadas al sistema de la Universidad Nacional Autónoma de México.

A nivel internacional, mantiene vínculos con las universidades cubanas de la Habana y Ciego de Ávila, además de las españolas de Jaen, Sevilla y León.

## **SU CRECIMIENTO ACADÉMICO.**

Desde sus inicios, se destacó porque incorporó a su oferta académica licenciaturas que demandaba el entorno social, pero que las instituciones públicas no ofrecían, como Arquitectura, ciencias de la comunicación, psicología organizacional y educación física. En 1994, la US inicio actividades en Coatzacoalcos, en sus antiguas instalaciones de la avenida Román Marín, con las licenciaturas en derecho y contaduría incorporadas a la UNAM.

Un año después se abrieron las facultades de administración, ciencias de la comunicación e informática.

Con modernas y nuevas instalaciones en la colonia El Tesoro, en 1997 se incorporo arquitectura, ingeniería industrial y pedagogía, al tiempo que se abrió el primer posgrado, la Maestría en Administración de Empresas.

En los albores del siglo XXI, la US abrió las facultades de psicología y de Derecho del sistema abierto con incorporaciones a la UNAM.

Desde el 2002, con la apertura de la facultad de educación física, la US oferta 11 licenciaturas incorporadas a la UNAM y cinco más reconocidas por la Secretaria de Educación en Veracruz.

A la par de este crecimiento, durante 1998 se abrió un nuevo campus en Villahermosa, Tabasco, donde a la fecha se promocionan 13 licenciaturas. En Orizaba, el campus se fundó en el 2002 con la apertura de las facultades de administración, contaduría, derecho, ciencias de la comunicación e ingeniería en sistemas computacionales.

## **RECONOCIMIENTO INTERNACIONAL.**

Por su crecimiento meteórico, la US ha sido reconocida por organismos reguladores de la calidad como la Confederación Mundial de Negocios, la Asociación Brasileña de Incentivo a la Calidad, el instituto Latinoamericana de la Calidad y el Instituto Nacional de mercadotecnia.

Desde su fundación, la US asumió la misión de formar profesionales comprometidos con el desarrollo de su entorno, además de analíticos, creativos, humanistas y con liderazgo nacional e internacional.

En este tenor, de sus aulas han egresado grandes personalidades que hoy se destacan por su aporte a la política, abogacía, comunicación, ingeniería, administración y la docencia, por citar algunos ámbitos profesionales.

Su corte humanista, ha llevado a la US a becar a más del 30 por ciento de su matrícula, cuando la Secretaria de Educación de Veracruz solo le exige el cinco.

Por todo lo anterior, la US recibió en el año 2008 la certificación ISO 9001-2000 que otorga el organismo internacional de certificación de sistemas de calidad (IQS, por sus siglas en ingles) y que acredita su calidad en los procesos administrativos.

“Ahora son una universidad de clase mundial y están comprometidos más que nunca a mantener sus formatos de calidad”, expresó el presidente de IQS México, Luis Hernández Mendoza.

Este año, la US inició otro proceso de mejora continua para obtener en un corto plazo la acreditación ante la Federación de Instituciones Mexicanas Particulares de Educación Superior (FIMPES).

## **MISIÓN**

Formar profesionales de excelencia académica, capaces de comprometerse con el desarrollo de su entorno con un amplio sentido analítico, creativo y humanista, que le otorgue el liderazgo nacional e internacional, mediante la docencia, el conocimiento científico, la investigación y la difusión de la cultura y el deporte.

## **VISIÓN.**

Ser una institución educativa líder con reconocimiento nacional e internacional que otorgue prestigio a sus egresados en su campo profesional con el más alto nivel de calidad y excelencia académica.

## **VALORES.**

- Honestidad
- Liderazgo
- Respeto
- Ética
- Sentido ecológico
- Calidad y productividad
- Emprendedor
- Responsabilidad
- Disciplina
- Lealtad
- Integración familiar

- Autoestima
- Espíritu de superación
- Innovador

## **HABILIDADES.**

- Creatividad
- Trabajo en equipo
- Analítico, crítico y propositivo
- Toma de decisiones
- Comunicación oral y escrita
- Manejo de herramientas mecánicas y tecnológicas en informática
- Manejo de idiomas
- Buenas costumbres

## 2.4 MARCO HISTÓRICO

### GENERALIDADES DEL AUTISMO.

En 1799, un médico francés, el Dr. Jean Itard se hizo cargo de un niño de aproximadamente 12 años que había sido encontrado y vagando entre los bosques, en estado totalmente salvaje. Este niño recibió el nombre de Víctor y se le conoce también como "el niño salvaje de Aveyron". Releyendo este relato, es posible observar en Víctor el comportamiento de un niño autista, ya que era mudo y se comportaba como un animal salvaje. Itard describía a Víctor como un niño que no miraba directamente a las personas, no jugaba con juguetes, aunque mostraba tener una memoria sorprendente respecto a la posición de los objetos en su habitación, y se resistía a que fueran cambiados de lugar.

Con posterioridad, surgieron teorías que suponían que Víctor era autista, porque había sido abandonado por sus padres en la infancia, lejos del contacto y el ejemplo humanos. Sin embargo parece más probable que haya sido separado de sus padres o abandonado por ellos en la agitada época posterior a la revolución francesa, precisamente porque era autista y difícil de manejar.

Es a partir de Kanner que el autismo se define como un síndrome, cuando en 1943 publica un artículo en el que se describen 11 niños que mostraban un conjunto de síntomas poco usuales, como un aislamiento social marcado, falta de lenguaje e insistencia en que su ambiente no cambiara (Kanner, 1943).

El término autismo proviene del griego *autos* y significa *sí mismo*. Fue utilizado por primera vez por Bleuler (1911) para referirse a un trastorno del pensamiento que aparece en algunos pacientes esquizofrénicos y que consiste en la continua autorreferencia que hacen de estos sujetos a cualquier suceso que ocurre. Sin embargo, este síntoma, tal y como lo acuñó Bleuler, no es posible aplicarlo al autismo infantil. Entre otras cosas, porque autismo y esquizofrenia en los términos que Bleuler planteaba no son estructuras psicopatológicas que se puedan superponer.

Aunque fuese Bleuler el primero que utilizó el término autismo, se considera a Leo Kanner el pionero en la literatura existente sobre este trastorno infantil, a observar de forma acertada cómo 11 niños que sufrían alteraciones extrañas y no recogidas por ningún sistema nosológico eran coincidentes entre sí y diferentes del resto de los niños con alteraciones psicopatológicas. Kanner lo describe como un síndrome comportamental que se manifiesta por una alteración del lenguaje, de las relaciones sociales y los procesos cognitivos en las primeras etapas de la vida.

Kanner entendió esta sintomatología como una alteración del contacto socioafectivo, lo que supuso que en las dos décadas posteriores la mayor parte de las investigaciones identificaran al autismo con trastornos emocionales, enfoque que desarrolló profusamente la escuela psicoanalítica.

Sin embargo, la comprobación de que el trastorno del desarrollo del lenguaje no es capaz de explicar las alteraciones sociales ni los déficit cognitivos específicos de los niños autistas, va a desembocar en sucesivos desacuerdos y controversias a la hora de determinar los síntomas primarios que definen y caracterizan el autismo infantil.

Desde Tinbergen que enfatiza la ausencia de contacto ocular de estos niños, pasando por Lovaas que hace hincapié en los déficit intelectuales, hasta Rutter, que aglutina los síntomas hallados en estos niños en tres grandes áreas:

- Alteración de las relaciones sociales,
- Alteración de la adquisición y desarrollo del lenguaje y
- Presencia de conductas rituales y compulsivas.

A pesar de todo, hemos de reconocer que todas estas divergencias y controversias han estimulado el desarrollo teórico, metodológico y explicativo de la literatura sobre el autismo. En los años setenta y ochenta, con la aparición de las nuevas técnicas de exploración neurológica, neuropsicológica, neurofisiológica, etc., se da un espectacular avance en el conocimiento de este trastorno.

Se inician nuevas áreas de estudio, como la influencia que los aspectos evolutivos tienen en la patología de esta enfermedad; las relaciones entre autismo y epilepsia.

Pero quizá lo que más refleja el avance de esta época es la utilización de las técnicas neurofisiológicas en el diagnóstico y las técnicas de modificación de conducta en el tratamiento. Gracias a ellas, la eficacia terapéutica ha dado un gran salto cualitativo difícil de explicar en otros términos.

De forma alternativa a este desarrollo científico también han surgido elucubraciones teóricas, altamente especulativas, que enfatizan unas pretendidas habilidades específicas a estos niños, mitificando en cierta forma su comportamiento. Así, la tesis de los *idiots savants* llevó a algunos autores a reconsiderar la casuística recogida en la literatura científica y reinterpretar otros diagnósticos realizados como verdaderos autistas. Aunque se puede admitir un cierto romanticismo en esta visión del autismo, bien es verdad que este tipo de aportaciones apenas ha contribuido a un mejor conocimiento de este grave trastorno mental.

Por otra parte, si bien es cierto que se ha avanzado mucho desde que Kanner, allá por el año 1943, describiese el autismo, también es verdad que queda aún mucho camino por andar. El fracaso reiterado de la investigación en hallar la etiología de este síndrome, la controversia acerca de cuál es la mediación, influencia, importancia y combinación de los síntomas, así como su identificación, es probable que continúe durante algún tiempo.

A lo largo de estos apartados pretendemos realizar una síntesis lo más clarificadora posible de los hallazgos e intentos explicativos realizados sobre el autismo infantil.

### **a) Descubrimiento**

Leo Kanner publicó su primer artículo identificando a los niños autistas en 1943, donde comenta que se había fijado en este tipo de niños desde 1938. Antes de que Kanner notara y registrara un conjunto de síntomas, estos niños se clasificaban con desequilibrios emocionales o retrasados mentales. Kanner observó que, a menudo, estos niños poseían habilidades que mostraban que no eran simplemente lentos en el aprendizaje y que no respondían al patrón de niños con desequilibrio emocional. Así que inventó una nueva categoría.

Hans Asperger, hizo esencialmente los mismos descubrimientos al mismo tiempo que Kanner, de manera independiente.

### **b) Primeras teorías sobre las causas**

Se observó que los padres trataban a sus hijos autistas sin el calor y el afecto que se considera normal entre padre e hijo. La psicología Freudiana tenía una teoría preparada para el autismo: si falla cierta relación psicológica básica entre padres e hijos, éstos últimos serán incapaces de evolucionar. La teoría Freudiana sobre el autismo permaneció vigente durante los años 50 y al principio de los años 60.

Aunque esta teoría encaja como un guante en la psicología Freudiana, existen dos explicaciones alternativas obvias que la teoría Freudiana no aprecia: una es que la poca interacción observada en los padres podía ser una consecuencia y no causa del comportamiento autista de los niños; la otra es que el autismo podría ser en un caso extremo la herencia genética de un rasgo de personalidad observado en dichos padres.

### **c) Antiguos tratamientos.**

En base a las teorías psicológicas que explicaban las causas del autismo, algunos niños fueron apartados de sus padres y puestos en manos de otros cuidadores, para ver si se recuperaban. Cuando fue palpable la insuficiencia de este remedio para curarlos, se hicieron algunos intentos de sumergir a los niños en entornos de estado psicológico de los que habían carecido con sus padres. Se ha publicado algunos éxitos de esta medida (de la misma manera que se ha publicado éxitos de todos los tratamientos de los que se ha hecho publicidad) pero no tan definidos como para proclamar universalmente la adecuación de este método.

### **d) Cambios en el significado de la palabra autismo.**

Más allá de la distinción entre la definición de Autismo en el diccionario, el síndrome del Autismo es ahora un término más amplio que el que apareció en el primer documento publicado por Kanner. Kanner calculó una frecuencia de aparición de 1 por cada 10.000, mientras que la ASA calcula una frecuencia mayor (15 por cada 10.000). Al principio, Kanner identificó sólo a individuos que claramente no sufrían retraso mental asociado (ya que éste era el grupo inclasificable por aquel entonces).

Posteriormente, se ha observado que algunos individuos con retraso mental presentan síntomas autistas mientras que otros no; así que parece que puede existir solapamientos entre una y otra afección. Este hecho explica en gran parte la diferencia entre ambos índices de ocurrencia del autismo.

Otros términos que han sido aplicados a lo que ahora llamamos "autismo", son: Esquizofrenia infantil, Autismo Infantil, Síndrome de Asperger, Síndrome de Kanner. Probablemente muchos de los individuos autistas eran etiquetados como retrasados, o esquizofrénicos aunque claramente estos términos no eran tan específicos como la etiqueta actual del Autismo.

# **III. MARCO METODOLÓGICO**

### 3.1 TIPO DE ESTUDIO.

El tipo de estudio se basa en las clasificaciones que hace el autor Roberto Hernández Sampieri, el cual clasifica a la investigación en cuatro niveles; los cuales son el exploratorio, descriptivo, correlacional, y explicativo.

La primera característica lo denominó **exploratorio**, su objetivo principal es captar una perspectiva general del problema, se efectúa normalmente cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado con anterioridad. Identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el tono de investigaciones posteriores más rigurosas. Se caracterizan por ser más flexibles en su metodología en comparación con los estudios descriptivos o explicativos, además son más amplios y dispersos que estos otros dos tipos.

El siguiente son los **estudios descriptivos**; estos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, es decir, buscar saber quien, donde, cuando, como y porque del sujeto de estudio, y principalmente miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga. La investigación descriptiva requiere de un considerable conocimiento del área que se investiga para formular las preguntas específicas que busca responder, se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno descrito. Pueden ofrecer la posibilidad de predicciones rudimentarias.

La tercera clasificación son los **estudios correlacionales**, y estos tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables. La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales son saber cómo se pueden comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas.

En el caso de que dos variables estén correlacionadas, esto significa que una varía cuando la otra también lo hace, puede ser positiva o negativa, si es positiva quiere decir que sujetos con altos valores en una variable tenderán a mostrar altos valores en la otra variable. Si dos variables están correlacionadas y se conoce la correlación, se tienen bases para predecir con mayor o menor exactitud el valor aproximado que tendrá un grupo de personas en una variable, sabiendo qué valor tiene la otra variable.

Estos se distinguen de los descriptivos ya que en vez de medir con precisión las variables individuales, evalúan el grado de relación entre dos variables. Al saber que dos conceptos o variables están relacionados se aporta cierta información explicativa. La cuarta y última característica que propone Sampieri es la de los **estudios explicativos**, y estos estudios van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos, o del establecimiento de relaciones entre conceptos, están dirigidos a responder las causas de los eventos físicos o sociales, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da este, o por qué dos o más variables están relacionadas.

Estos son más estructurados que las demás clases de estudios y de hecho implican los propósitos de ellos, además de que proporcionan un sentido de entendimiento del fenómeno a que hace referencia, hay además un cierto valor explicativo.

Después de revisar las clasificaciones y características del tipo de estudio que hace referencia Sampieri; el reciente estudio se llevo a cabo en la universidad de sotavento y para reunir la información recabada se hizo un estudio de campo el cual consistió en aplicar una encuesta a un grupo seleccionado de dicha casa de estudios, a los alumnos que cursan el último año de la carrera de psicología, esta investigación consiste en la cognición sobre autismo en los alumnos del último año de psicología de la universidad de sotavento, para una propuesta curricular.

De acuerdo con lo que al respecto dice Sampieri en su clasificación este estudio entra en el tipo de **estudio exploratorio** ya que esta investigación busca hallar el nivel de conocimientos que tienen los alumnos de psicología sobre el tema del autismo y así saber el nivel de preparación para el mundo laboral.

### 3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El diseño de estudio realizado en esta investigación es de **tipo no experimental**, porque no existe una manipulación de las variables, de la misma manera tampoco hay un cambio de situaciones o aspectos a partir de esta.

En cuanto a los diseños de investigación este trabajo corresponde al de **un solo grupo sin nivel de comparación**; y esto es porque no existen grupos de comparación, y tampoco hay una evaluación de situaciones antes y después de terminarla.

Tanto a la recolección de datos este trabajo se establece en los de **tipo transversal**, ya que se considera la aplicación de la escala en un tiempo, aplicándola a los alumnos del último año de la carrera de psicología de la universidad de sotavento.

### **3.3 INSTRUMENTOS.**

Para la recolección de datos de esta investigación, se realizó una escala para recabar la información requerida para este trabajo. Los resultados obtenidos de la aplicación de esta encuesta permitieron afirmar o rechazar la hipótesis hecha para esta investigación en un inicio.

El instrumento a aplicar consta de 12 afirmaciones, las cuales muestran la cognición que tienen los alumnos acerca del síndrome autista. Cabe señalar que el cuestionario está enfocado al aspecto cognitivo de los alumnos, ya que busca evidenciar los conocimientos que tienen sobre el autismo.

### **3.4 MUESTRA.**

La siguiente investigación se realizó en la universidad de sotavento, la cual cuenta con una matrícula total de 5000 alumnos en sus 16 licenciaturas que existen en dicha universidad. La muestra que se eligió fue a los alumnos de la facultad de psicología la cual consta de una matrícula de 175 alumnos, distribuidos entre los semestres de 2º, 4º, 6º y 8º semestre.

Para esta investigación solo se tomo en cuenta a los alumnos del último año de la carrera de psicología los cuales son un total de 35 alumnos; se toma esta muestra porque esta escala tiene como objetivo mostrar los conocimientos que tienen los alumnos de psicología sobre el síndrome autista.

Se substraen como muestra a los del último año porque de acuerdo con el plan de estudios de la universidad de Sotavento estos alumnos ya han cursado las materias de tronco común y otras materias específicas de las diferentes áreas que hay en la psicología. Por ello, los alumnos pueden diferenciar los tipos de síndromes y psicosis existentes que pueden provocar una confusión en el diagnóstico del síndrome autista.

### **3.5 PROCEDIMIENTO.**

El autismo es un tema poco estudiado y del que poco sabemos acerca de su origen, sus síntomas, su evolución, etc. Es, por esa razón, por la que se eligió este tema con la finalidad de conocer un poco más acerca de lo que es el autismo. Es así que para esta investigación nace la interrogante de que tan preparados están los profesionales de la salud acerca del síndrome autista; así pues, surge la pregunta de qué tan preparados salen los alumnos de la facultad de psicología acerca del síndrome autista, y se toma como objeto de estudio a los alumnos de la facultad de psicología de la universidad de Sotavento.

Y es entonces a partir de esta incógnita que se establece la hipótesis de esta investigación: Los alumnos del último año de psicología de la universidad de Sotavento carecen de los conocimientos básicos del síndrome autista que son etiología/diagnóstico, aspectos cognitivos y evolución o curso.

- Lo primero que se realizó es determinar la población que se iba a estudiar.
- Se eligió estudiar a los alumnos de la universidad de Sotavento, con el objetivo de saber la preparación que tienen los alumnos de esta institución.

- Para delimitar el campo de aplicación de la escala a utilizar se tomó como muestra a los alumnos del último año de la carrera de psicología.
- Una vez elegido la muestra, se procede a elegir el tipo de instrumento que se aplicaría para la recopilación de datos.
- Se solicitó permiso a las autoridades educativas de la universidad de sotavento para realizar la aplicación de la escala a la muestra seleccionada.
- Paso seguido se aplicó la escala a cada alumno de la población seleccionada, que fueron los alumnos del último año de la carrera de psicología.
- Una vez completados los cuestionarios, y habiendo revisado que no existieran respuestas dobles o afirmaciones sin contestar se vaciaron los datos en una tabla para obtener las frecuencias de cada pregunta.
- El siguiente paso fue dividir las preguntas en 3 bloques, según al aspecto del autismo a que se refiere cada una, a fin de encontrar el grado de coincidencia en las respuestas.
- Con esta información se obtuvieron frecuencias y porcentajes de respuestas correctas e incorrectas, con lo cual se procedió a realizar un análisis cuantitativo y cualitativo.

# **IV. ANÀLISIS DE RESULTADOS**

## **4.1 ANÁLISIS DE LA ESCALA**

### **4.1.1- EL ORIGEN DEL AUTISMO**

Durante la primera mitad del siglo XX, se ha adscrito a los padres una función totalmente culpigena. Con el auge del psicoanálisis, se hizo recaer en ellos el peso de la etiología: la conducta desadaptada de sus hijos era solo una consecuencia de su alterada personalidad y actitudes parentales. Según esta teoría son las primeras relaciones entre la madre y el hijo, las generadoras del autismo y de las psicosis en general. Por una parte indicó que los pacientes carecían de recursos neurológicos adecuados, implicando con ello una etiología orgánica.

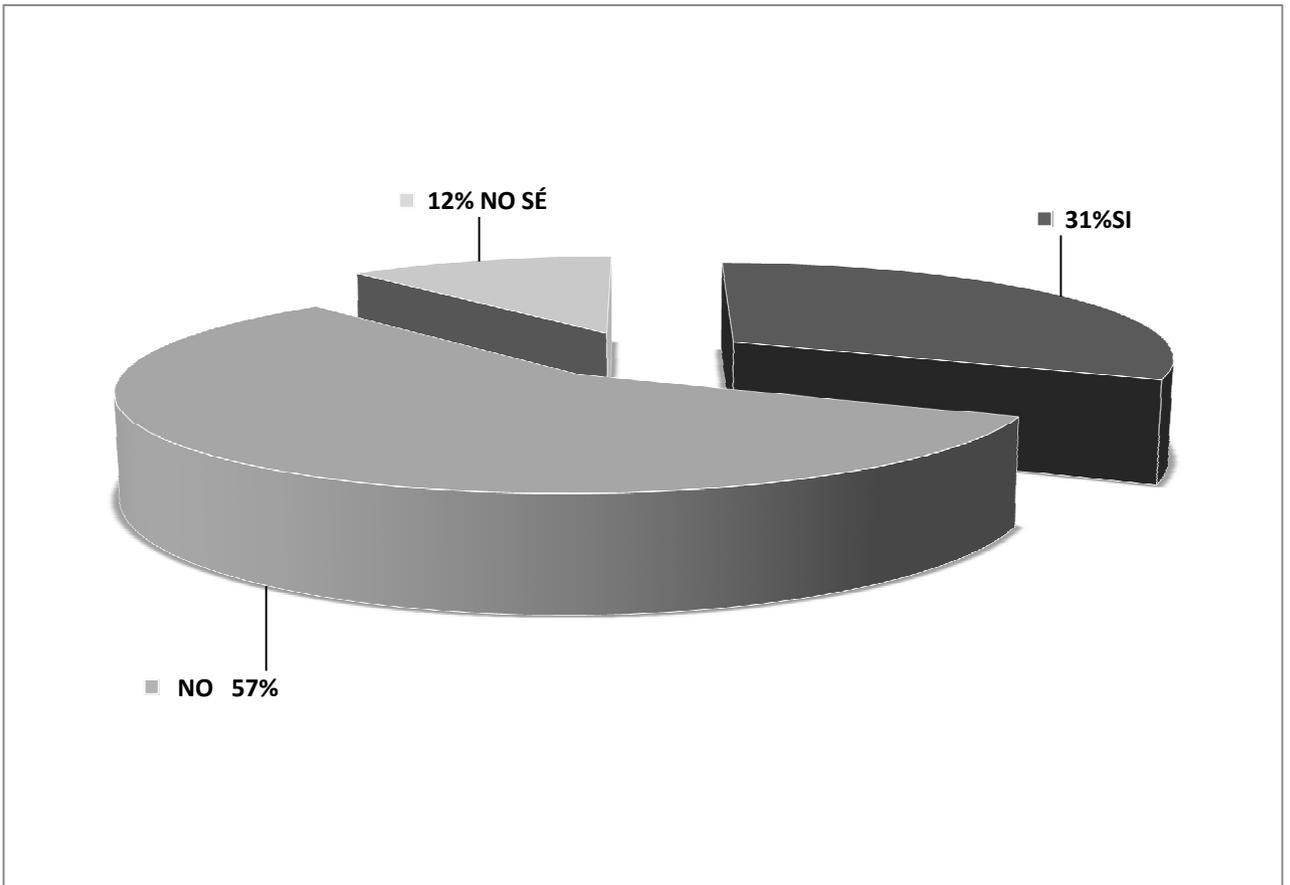
Respecto a las teorías conductuales hay poco que agregar, excepto que surgieron como contraposición del psicoanálisis y en apoyo a otras teorías conductistas. De acuerdo con este enfoque, las conductas maladaptativas o inadecuadas de los autistas, son solo un conjunto de aprendizajes que se han dado, bien como imitación a ambientes inadecuados, bien como respuestas ante estímulos, con los cuales ha obtenido recompensa. Es decir, el niño hace berrinches o se golpea la cabeza, porque “aprendió” que con ello obtiene atención, dulces, caricias, cuidados o cualquier otra cosa que le es agradable.

Hoy en día se considera al autismo como la manifestación de un desorden anatómico, fisiológico o bioquímico del sistema nervioso central. Diferentes estudios han demostrado que no hay diferencia en la actitud parental de la crianza de los niños autistas. Se sabe que la incidencia de complicaciones pre, peri y postnatales es mayor en niños autistas que en niños normales.

A continuación en la siguiente grafica se muestran los resultados obtenidos en esta primera afirmación que los alumnos tienen conocimiento que este trastorno es a nivel orgánico, ya que obtuvieron respuestas correctas al responder **no**, y es así que 57.14% contestó correctamente, lo cual evidencia que su nivel de conocimientos es adecuado, por lo menos, a discriminar el origen se refiere.

Mientras que un 31.42% respondió **sí**, lo que sus respuestas son incorrectas lo que muestra que carecen de este conocimiento, es decir, de la identificación del origen del síndrome autista, lo que indica que su desarrollo cognitivo se encuentra en un nivel elemental, en la que solo saben de la existencia del síndrome.

Y el 11.4% contestó **no sé**, no teniendo definido si el autismo es un trastorno orgánico o emocional, lo que pone de manifiesto un vacío en el conocimiento, posiblemente a cuestiones curriculares o falta de interés en cuanto a su desarrollo profesional.



**1) Origen del autismo, según la apreciación de los alumnos del último año de la facultad de psicología de la universidad de sotavento.**

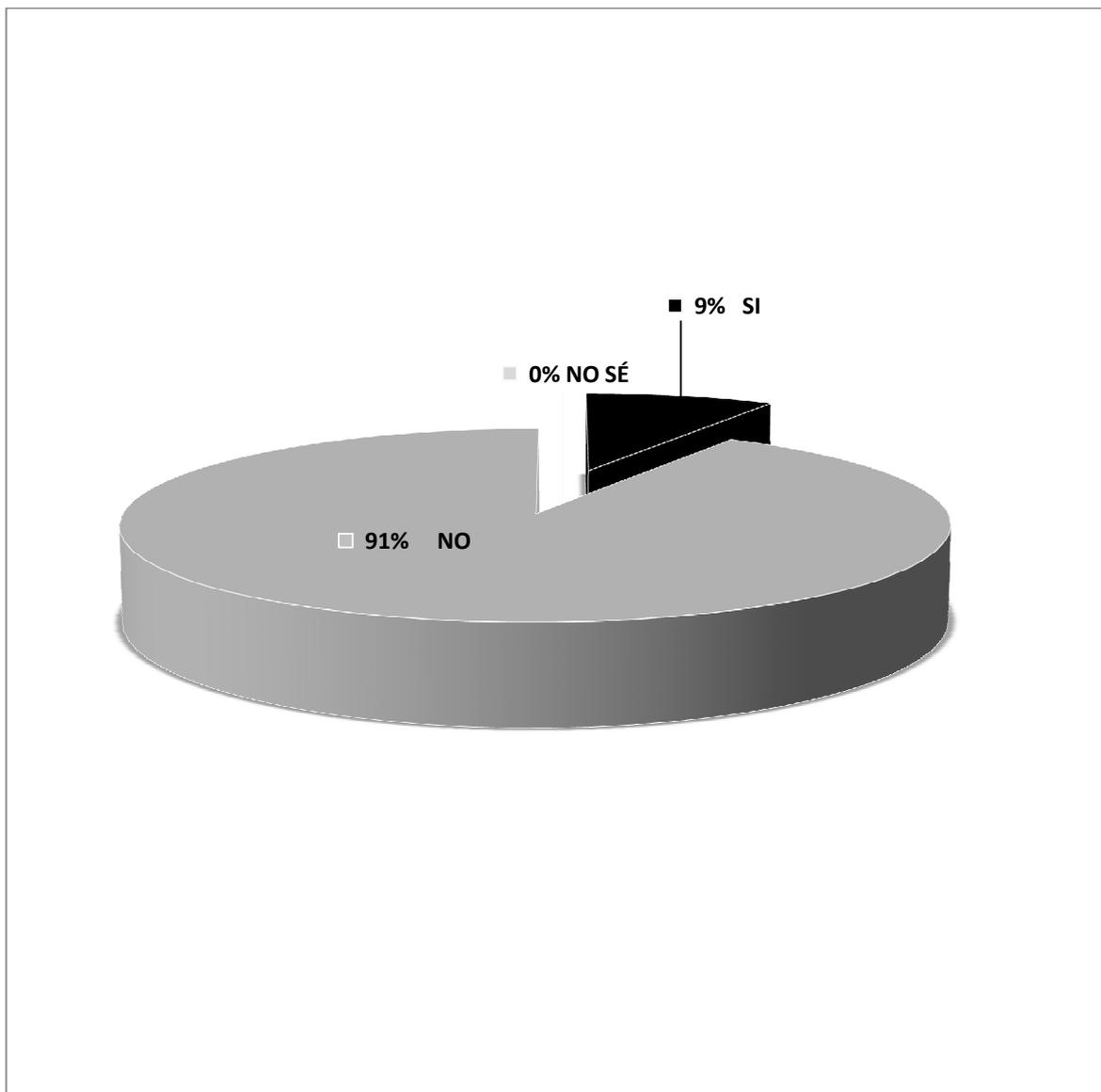
#### 4.1.2.- LA FRIALDAD O RECHAZO DE LOS PADRES COMO CAUSA EL AUTISMO INFANTIL.

El psicoanálisis es una corriente psicológica que se basa en que todo se relaciona a lo afectivo, y su punto de vista en cuanto al autismo lo deja de una manera contundente en cuanto a su origen se refiere. Según esta teoría, cuando las primeras relaciones del hijo con la madre se encuentran exageradamente perturbadas, se produce un fracaso en la formación del yo, una escisión en la desadaptación y desintegración de las estructuras psicológicas del niño. No se produce el esperado contacto con la realidad, pues el niño siente angustia de perder el estado fusional con la madre; el niño entonces sufre una detención o una regresión a un estadio primario del desarrollo, en el cual se fija, es decir, el niño ha escogido el “suicidio del alma” y según la teoría psicoanalítica, la madre es culpable, hasta que se demuestre lo contrario.

La teoría orgánica propone en los aspectos bioquímicos, son los responsables del autismo y que la participación de los padres no tiene nada que ver en el origen de este síndrome, ya que se ha encontrado que los autistas presentan niveles de serotonina superiores al normal, así como niveles bajos de dopamina. También se encuentran altos niveles de metabolitos catecolaminicos en la orina, así como niveles altos de zinc en el suero.

Las respuestas obtenidas para esta afirmación son que el 91.42% contestaron **no**, siendo correcta la respuesta, ya que tienen el conocimiento de que el síndrome autista es de origen orgánico y con esto se puede evidenciar que su nivel cognitivo se encuentra en la fase de discriminación según la teoría de Gagné.

El 8.57% contestaron **sí**, lo que es incorrecto y muestra una carencia de conocimiento de que el autismo no es debido al rechazo que tienen los padres hacia ellos y no tienen un nivel cognitivo para poder diferenciar el autismo de otros síndromes.



**2) La frialdad o rechazo de los padres como causa del autismo infantil.**

#### **4.1.3.- LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS AUTISTAS TIENEN RETARDO MENTAL.**

Es un niño que tiene una mirada que traspasa, no tiene contacto visual, sus juegos son de una manera estereotipada y los juguetes no los utiliza de la manera tradicional como lo haría un niño normal; por ejemplo un carro no lo juega con las ruedas hacia abajo, lo hace en posición inversa, es decir, con las llantas hacia arriba.

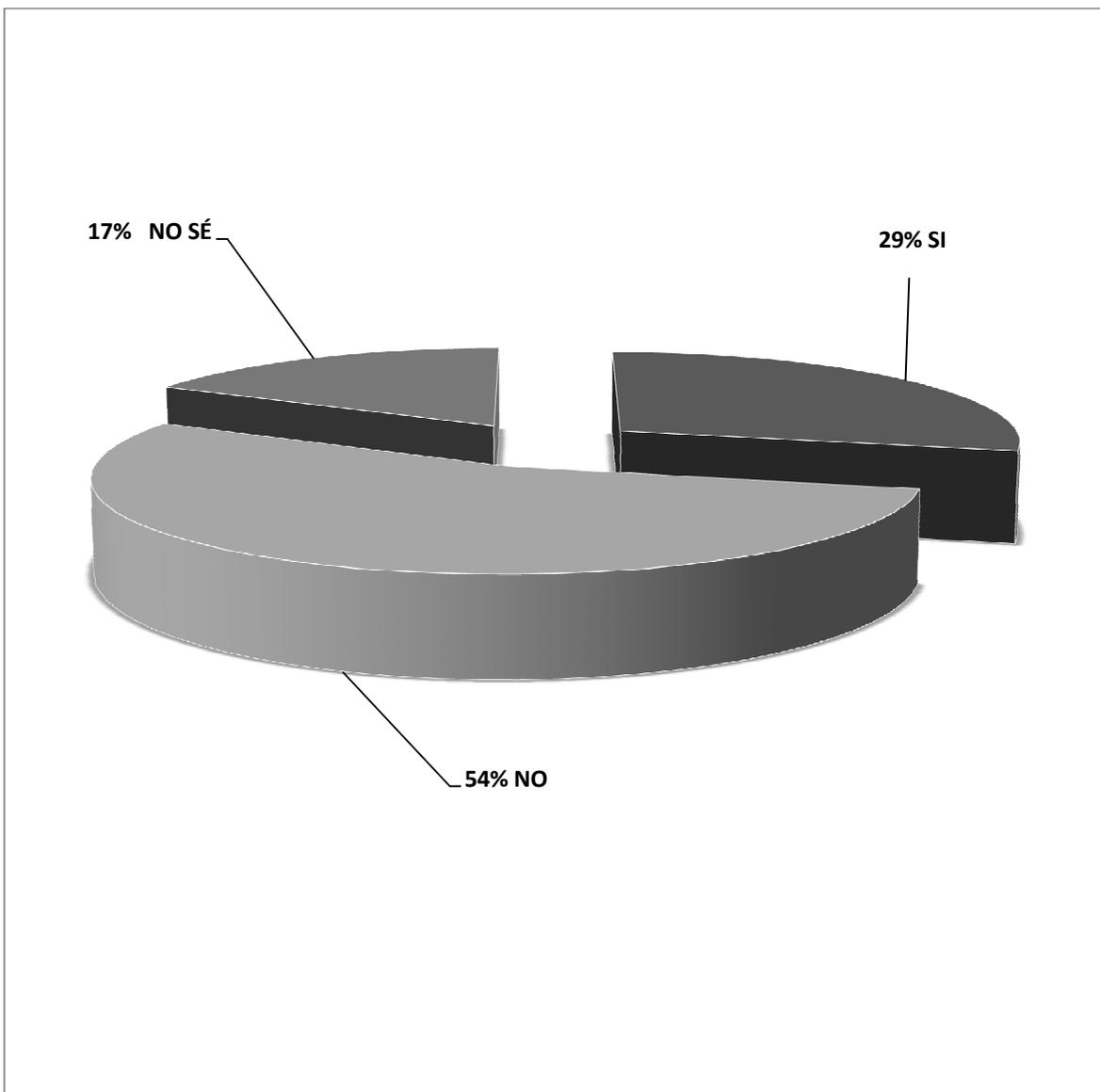
Un niño autista con retraso leve o coeficiente intelectual normal presentan grandes capacidades de memoria ya sea visual, auditiva, verbal o musical. Estudios han demostrado que un autista adolescente presenta una buena memoria de trabajo y de aprendizaje de pares de asociación, incluso superando a un grupo de adolescentes con desarrollo normal. Sin embargo, presentan bajo puntaje en la transferencia de aprendizajes memorizados aplicados en nuevas tareas, un bajo recuerdo de listas de palabras e historias principalmente cuando requiere del recuerdo de una palabra o historia anterior para rememorar.

Un 28.57% contestó **si** y respondiendo correctamente a la afirmación, dejando en evidencia su conocimiento del síndrome autista y sabiendo discriminar este de otros síndromes que pueden causar una confusión para su diagnóstico por presentar alguna semejanza con su sintomatología. Así pues, se observa que hay un nivel de maduración cognitiva para poder diferenciar un síndrome de otro.

Un 54.28% contestaron que **no**; lo que es incorrecto y marca un margen importante de desconocimiento del trastorno, pero es importante señalar que este porcentaje es mayor que el de las respuestas correctas, dándose a notar la carencia de conocimiento del autismo y cómo poder diferenciarlo de otros semejantes.

Así pues, hay un bajo nivel de madurez en la cognición, esto también se puede deber a una falta información curricular o un desarrollo profesional.

Un 17.14% contestaron **no sé**, lo que indica que este porcentaje de alumnos no tienen idea de cuáles son las principales características de un niño autista y por desconocimiento en general del mismo síndrome.



### 3) La mayoría de los niños autistas tienen retardo mental.

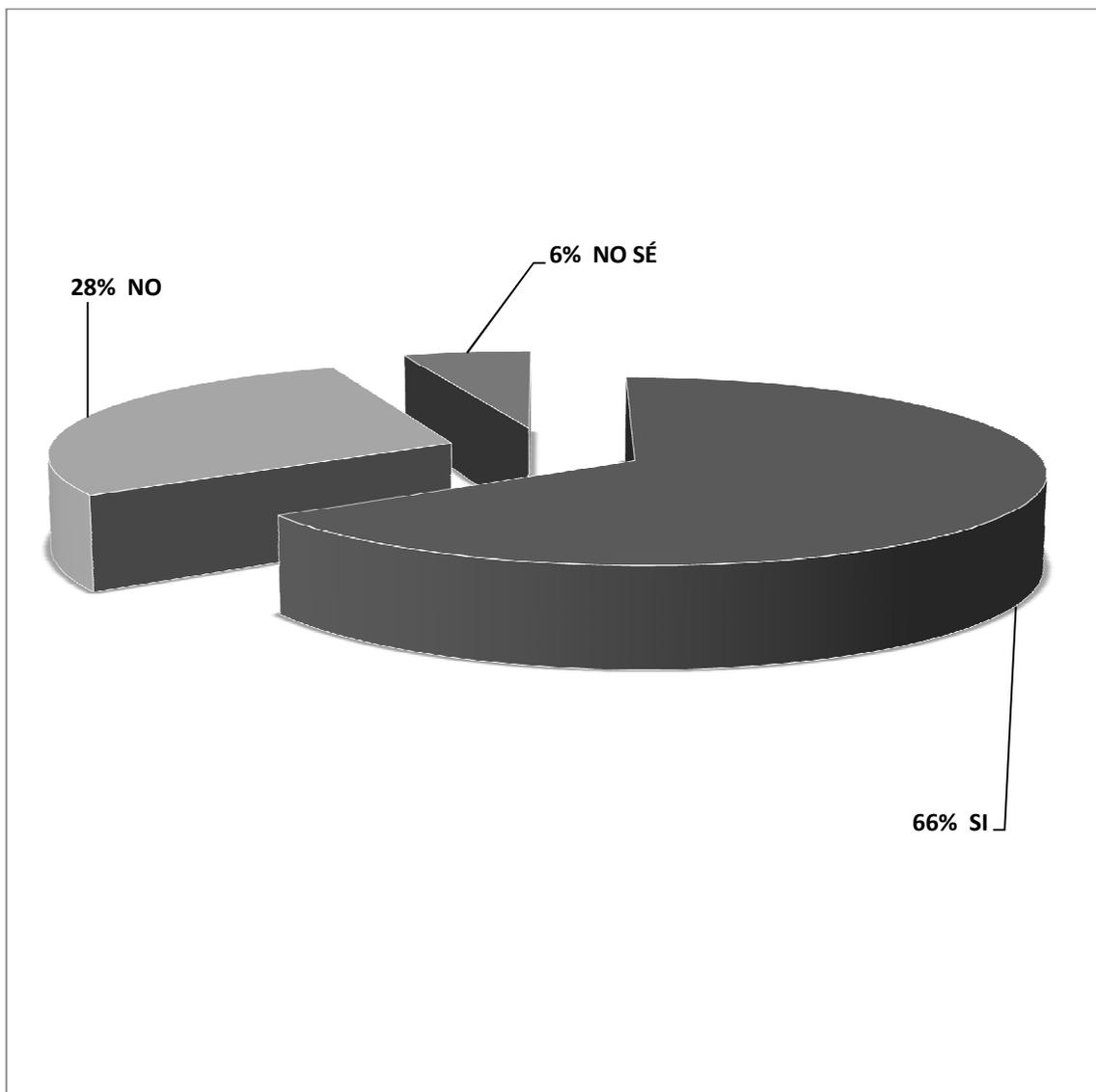
#### 4.1.4.- EL AUTISMO ES UN TRASTORNO QUE SE PADECE DURANTE TODA LA VIDA.

El autismo es un trastorno que se padece durante toda la vida, no es una enfermedad que se alivie con un tratamiento en concreto o que con el paso de los años vaya desapareciendo. La sintomatología está presente durante toda la vida del individuo autista, sin embargo, con una terapia conductual la vida del niño puede llegar a ser más satisfactoria para él y para la gente que lo rodea, así como para su desenvolvimiento en la sociedad cuando este alcance una edad adulta; puede llegar a ser de utilidad y realizar actividades que posean cierto grado de responsabilidad. Puede realizar actividades como el cuidado de sí mismo, el mantener ordenada el área donde vive, cocinarse, logra llevar una vida independiente dentro de parámetros que permita el autocuidado. Laboralmente es capaz de desarrollarse y realizar un buen trabajo.

En esta sección los alumnos tiene un porcentaje positivo ya que obtuvieron un 65.71% contestando **sí**, lo que demuestra que estos conocen acerca de que este trastorno efectivamente se padece toda la vida, están en la etapa de aprendizaje de principios porque saben que uno de los aspectos del autismo es que este es un trastorno que no tiene cura y si un tratamiento para hacer que un individuo con este síndrome pueda desarrollarse y valerse por sí mismo.

Un 28.57% respondieron que **no**, a lo que su respuesta es incorrecta lo que indica que aun no tienen una madurez cognitiva para poder discriminar y también no poder llegar a un aprendizaje de principios.

El restante 5.71% contestaron **no sé**, lo que da a entender que carecen de los conocimientos necesarios para poder distinguir a un niño con autismo, y por consiguiente para hacer un análisis de si este trastorno se padece en la infancia o es de toda la vida.



**4) El autismo es un trastorno que se padece durante toda la vida.**

#### **4.1.5.- ES DIFÍCIL DISTINGUIR ENTRE AUTISMO Y ESQUIZOFRENIA INFANTIL.**

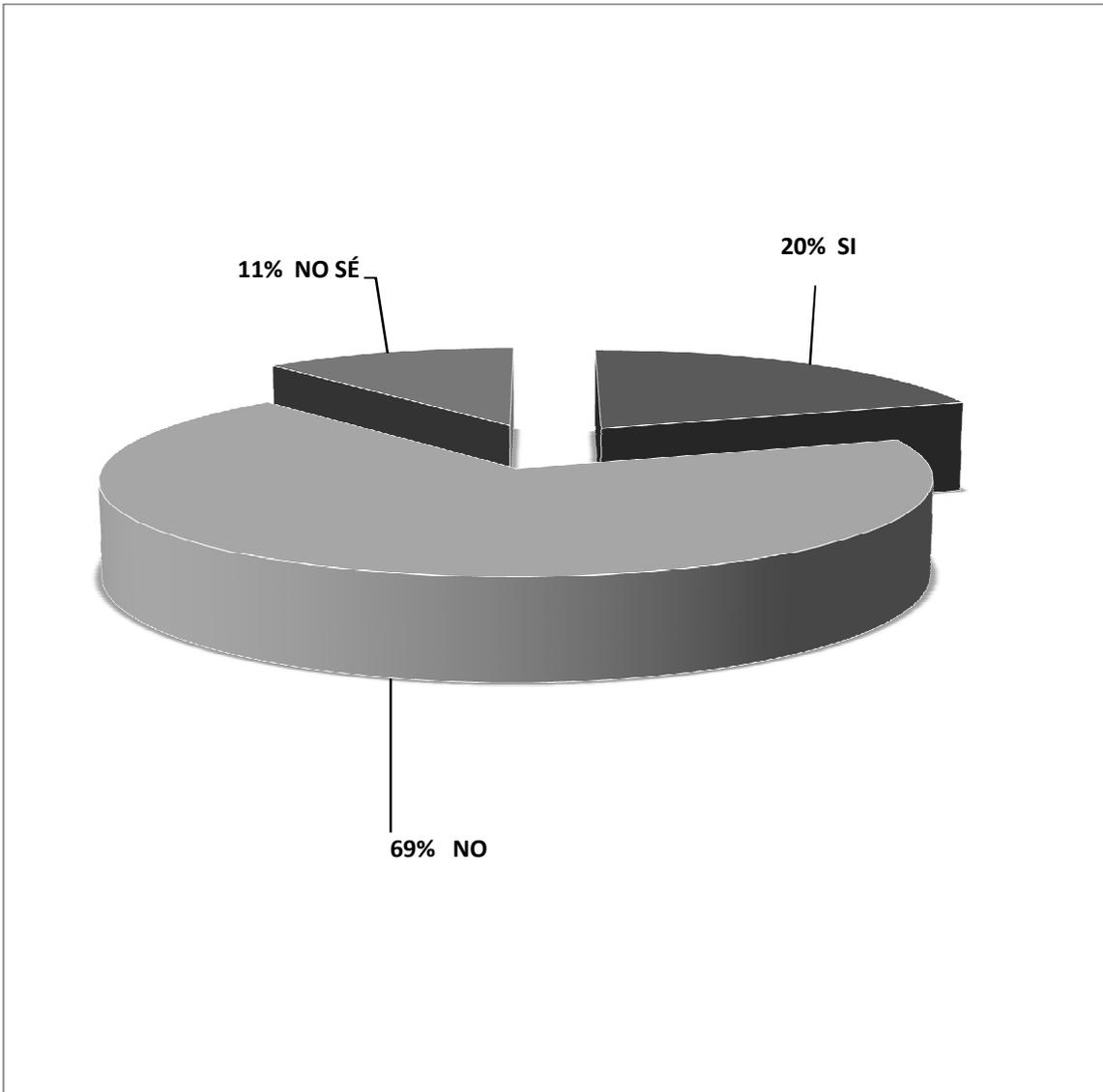
Durante mucho tiempo existía la idea de que el síndrome autista era la antesala de la esquizofrenia, que el niño que sufría de autismo, en su edad adulta llegaría a ser una persona con una psicosis específicamente la ya mencionada. Mucho tiempo se consideró que el autismo era una psicosis infantil por su sintomatología tan parecida entre ellas, especialmente con la esquizofrenia, por que el autismo entre uno de sus síntomas más predominantes es la de ausencia de la realidad y no interesarse por el mundo que le rodea, es una mismidad e interioriza alejándose de este. No le importa el contacto con los demás, y un comportamiento desordenado.

En la esquizofrenia se presentan estos síntomas de una manera semejante con la diferencia que en esta hay alucinaciones, y esta es una marcada diferencia entre las dos, además de que el autismo es un trastorno del desarrollo, y que esquizofrenia no existe en los niños, por que esta tiene su inicio en la adolescencia.

En ésta, los resultados son satisfactorios, ya que un 68.57% obtuvieron resultados correctos por que contestaron que **no**, lo que indica la madurez cognitiva que tienen los alumnos; según Gagné, están en la etapa de discriminación y esto es importante porque quiere decir que los estudiantes pueden hacer la diferencia entre autismo y esquizofrenia, a pesar de tanta similitud entre estas dos enfermedades.

20% contestaron erróneamente al responder **si** a esta aseveración y no saber la diferencia existente entre esquizofrenia y autismo. Esto proporciona información de que los alumnos no tienen la información para poder realizar la diferenciación o que aun no alcanzan un grado de madurez cognitiva requerida para realizar procesos superiores de pensamiento.

El restante 11.42% que contestó **no sé**, lo cual da la pauta de que no tienen conocimiento alguno de lo que es una psicosis y el síndrome autista, las razones van desde un bajo interés hacia el área clínica o a la escases de información en la curricula.



**5) Dificultad para distinguir entre autismo y esquizofrenia infantil.**

#### **4.1.6.- LOS NIÑOS AUTISTAS NORMALMENTE SON ESQUIZOFRÉNICOS CUANDO ADULTOS.**

Durante mucho tiempo se ha creído que el autismo es la antesala de una psicosis, que los síntomas del autismo vienen a ser el inicio específicamente de la esquizofrenia, y que conforme pasan los años esta va tomando la forma de la psicosis en su etapa adulta, con todas sus manifestaciones físicas y mentales.

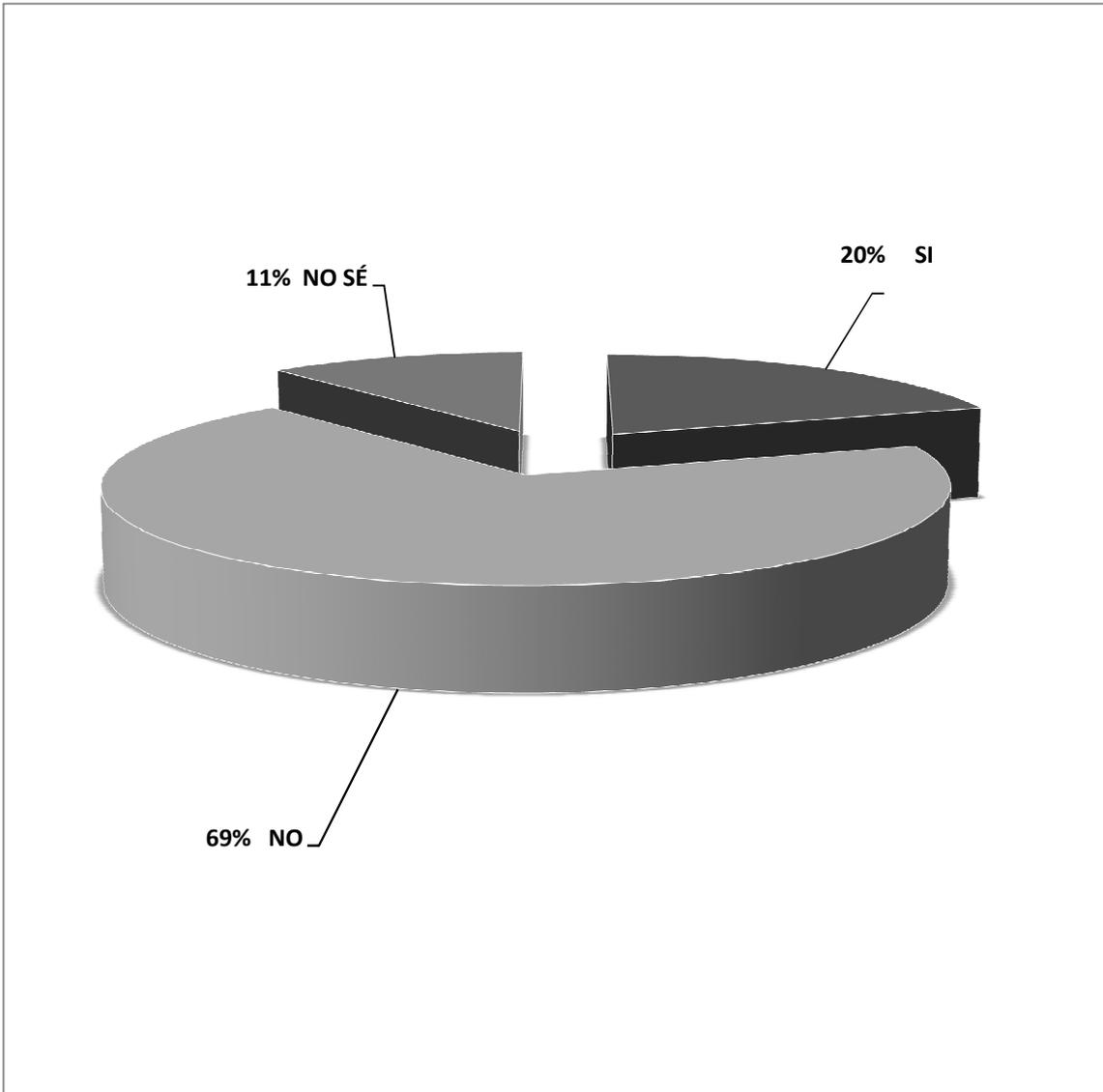
Sin embargo con el paso de los años y los avances de la ciencia se ha demostrado que el autismo es una enfermedad independiente con sus propias características, muy a parte de las psicosis, como ya se ha demostrado en análisis anteriores de este mismo trabajo.

Otra cuestión para poner en tela de juicio es que la esquizofrenia se manifiesta a partir de la adolescencia y el autismo se presenta desde la infancia y con sintomatología totalmente diferente a la esquizofrenia. Por mencionar una y la más importante es la socialización, que es el principal síntoma que define al autismo de todas las demás patologías que se asemejan en sus síntomas, y también tomar en cuenta que el autismo es un síndrome y esto quiere decir que es un conjunto de signos y síntomas.

En el análisis de estos resultados se puede observar que el 68.57% contestaron que **no** lo que su respuesta es correcta, y con esto se dice que estos porcentaje de de alumnos tienen los conocimientos necesarios para poder diferenciar una psicosis de un trastorno del desarrollo, y que además que el autismo es una patología que desde que diagnostica así será para toda la vida de una persona con esta enfermedad.

20% de los encuestados contestaron **sí** lo que es incorrecto y lo que da a conocer que no tiene conocimiento del síndrome autista, que carecen de los conocimientos básicos para diferenciar esta enfermedad además que no tienen la madurez cognitiva para discriminar e identificar este trastorno de otros.

El porcentaje que contestó **no sé**, se puede concluir que no tiene la iniciativa para querer saber acerca del tema o que carecen acerca del tema en la curricula en la universidad donde están adquiriendo sus conocimientos para ejercer como psicólogos en un futuro.



**6) Los niños autistas normalmente son esquizofrénicos cuando adultos.**

#### 4.1.7.- EL AUTISMO ES UNA PSICOSIS.

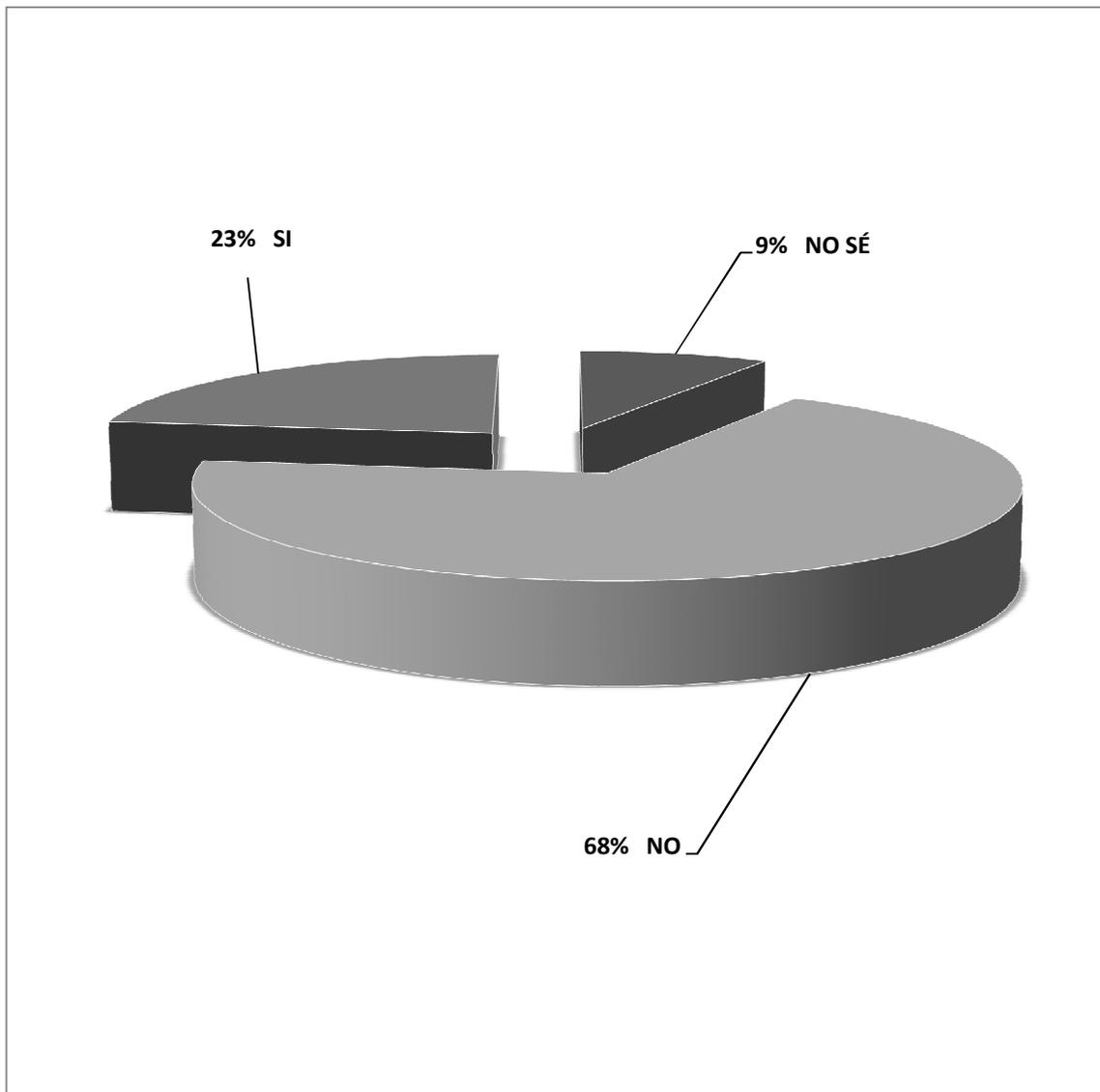
La psicosis es un término general que se utiliza en la psicología para referirse a un estado mental descrito por una pérdida de contacto con la realidad. Las personas que padecen una psicosis pueden presentar alucinaciones o delirios y pueden exhibir cambios en su personalidad y pensamiento desorganizado. Estos síntomas pueden ser acompañados de un comportamiento extraño e inclusive inusual, y también presentan dificultades para interactuar socialmente así como para realizar actividades de la vida cotidiana.

El autismo es un trastorno del desarrollo y que presenta algunos de los síntomas de una psicosis como el de la falta de interacción social y el realizar actividades cotidianas pero la diferencia es que en este no se presentan alucinaciones, ni delirios.

El 68.57% de los alumnos de psicología obtuvieron resultados positivos al responder **no**, porque ellos tienen conocimiento de que el autismo no es una psicosis y saben reconocer que el autismo no entra en los parámetros de una psicosis para considerarlo así. Además que están en la etapa de discriminación y aprendizaje de conceptos porque al discriminar existe también el aprendizaje de conceptos.

8.57% contestó **si**, y esto muestra que no tienen conocimiento de lo que es el autismo y una psicosis, por lo tanto no pueden hacer una diferenciación entre ambas, a pesar de existir el DSM-IV y otros manuales como lo es la CIE-10 en caso de que la escuela no les proporcione dicha información, esto en función de que contestaron que si a la afirmación de que el autismo es una psicosis, no siendo así la respuesta correcta.

22.85% respondió **no sé** a lo que se puede decir que este restante de alumnos no tienen definido que es el autismo por lo que no hay un nivel de cognición desarrollado para realizar la diferenciación entre autismo y psicosis.



### 7) El autismo es una psicosis

#### **4.1.8.- EL AUTISMO ES UN TRASTORNO DEL DESARROLLO.**

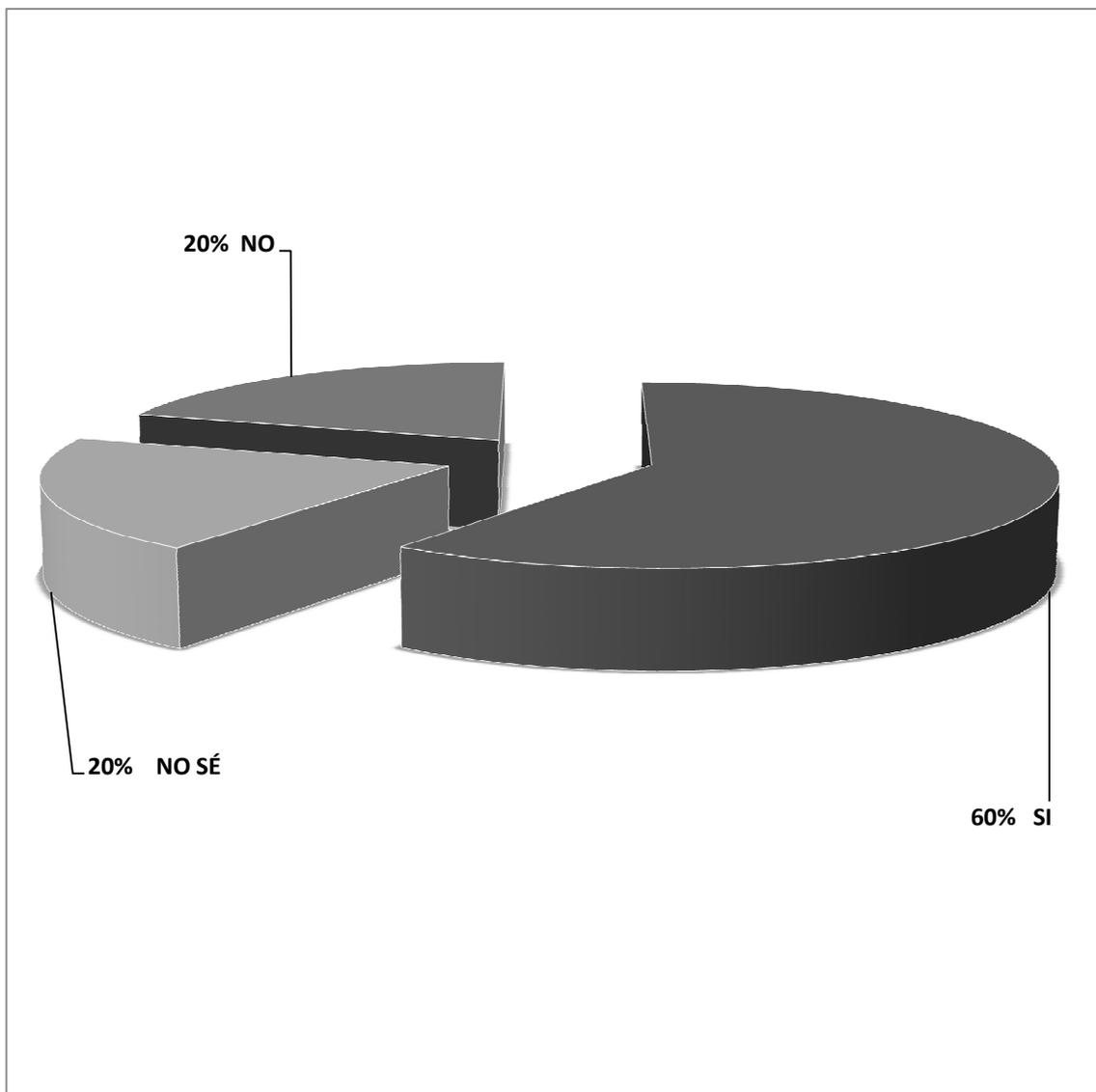
El manual de diagnóstico de enfermedades mentales ha clasificado al síndrome autista dentro de los trastornos del desarrollo. El autismo antes era considerado como un retraso mental o inclusive como una psicosis por sus diferentes sintomatologías que presenta, y que por consiguiente han causado confusión en su diagnóstico. Por sus presentes síntomas se ha confundido con enfermedades como la sordera, la afasia, retraso mental, síndrome de Down, esquizofrenia infantil, trastorno desintegrativo infantil, disfasia evolutiva, privación ambiental, síndrome de asperger, síndrome de Rett.

El autismo es un trastorno del desarrollo porque a pesar que no se sabe cuál es su etiología en concreto, se considera un trastorno del desarrollo porque hay un déficit en el desarrollo del lenguaje, incapacidad para socializar, hay discapacidad motriz, y otros síntomas que se conjugan para que el niño no pueda desarrollarse completamente en todas sus esferas.

El 60% de los estudiantes contestaron **sí**, respondiendo correctamente a esta afirmación, lo que evidencia que están lo suficientemente preparados para poder detectar si un niño tiene el síndrome autista, esto debiéndose a que tiene un grado de madurez óptimo de discriminación y aprendizaje de conceptos, y porque no también de aprendizaje de principios. Esto pone de manifiesto que conocen las diferentes enfermedades con las que puede causar confusión el autismo.

En cuanto al 20% contestó que **no**, porque aún no tiene a la mano la información necesaria o básica para poder tener el conocimiento básico para diagnosticar, o simplemente no existe un interés personal por saber del tema.

Al igual que los alumnos anteriores con un 20%, el restante contestó **no sé**, la causa puede deberse a la escasas de información existente sobre el tema del autismo.



**8) El autismo es un trastorno del desarrollo.**

#### **4.1.9.- LOS AUTISTAS TIENEN DEFICIENCIAS EN LAS ÁREAS SOCIAL Y EMOCIONAL PERO SU POTENCIAL COGNITIVO ES NORMAL O INCLUSIVE SUPERIOR.**

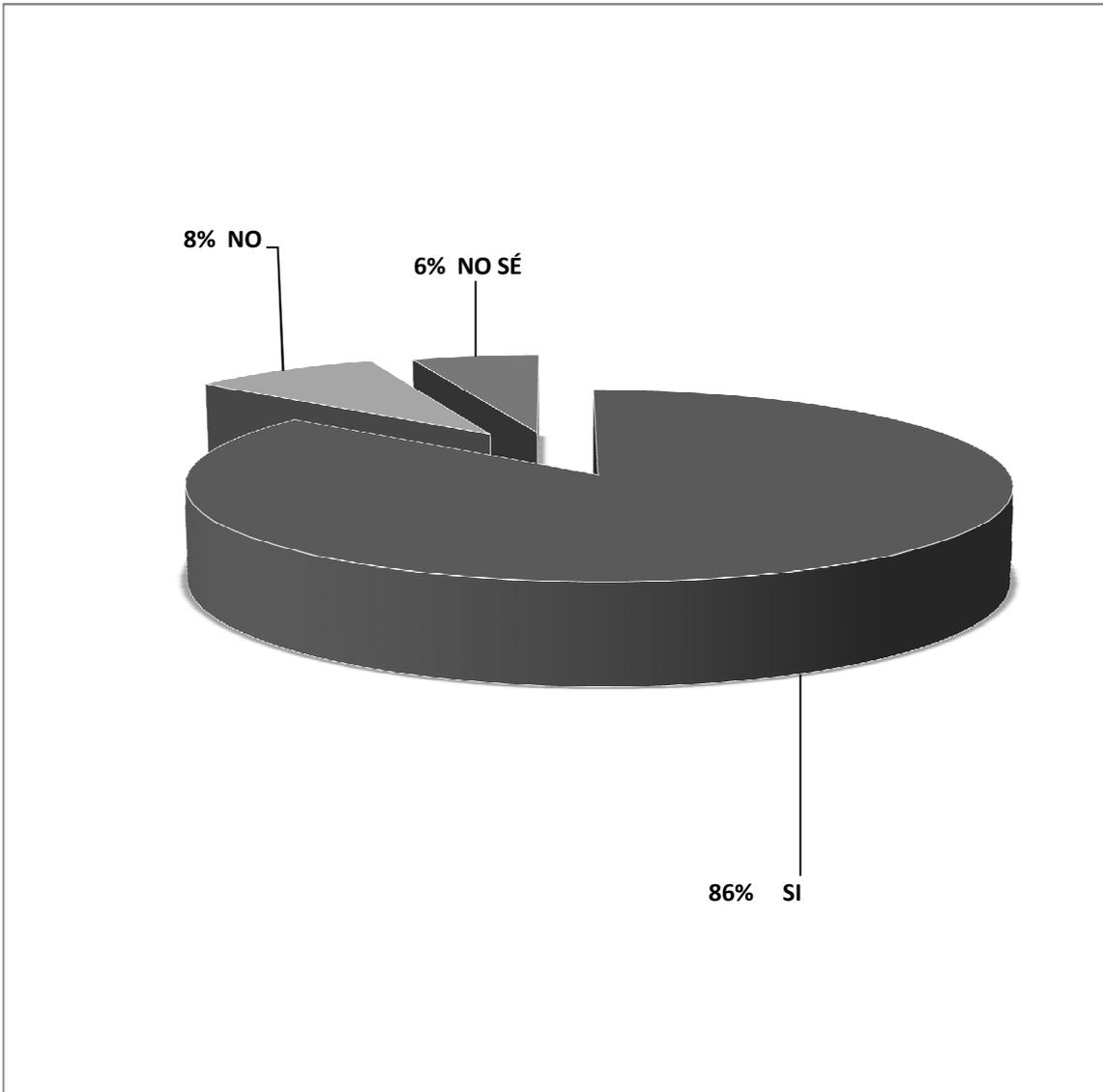
El autismo es un síndrome que se caracteriza por la falta de interés de relacionarse con los demás, inclusive con sus mismos padres, no le interesa saber o conocer todo lo que hay a su alrededor, no hay contacto visual, ni muestras de afectividad, el niño que lo padece entra en una rutina diaria de la cual no se le puede separar; no tolera los cambios y es por eso que se pueden desatar crisis de ira, mucho enojo y llega a autolesionarse con tal de que se cumplan sus demandas.

El autismo se ha clasificado en varias etapas de acuerdo a su grado de interacción social, inteligencia, desenvolvimiento ante la sociedad y otros aspectos a considerar. Un niño autista puede no tener un comportamiento adecuado ante la sociedad y no mostrar las características antes mencionadas, sin embargo, una de la áreas en donde un autista se desenvuelve bien es en la cognitiva, estos niños han mostrado que su potencial cognitivo está desarrollado y que pueden resolver problemas complejos que en ocasiones son difíciles para un niño normal inclusive hasta para un adulto. Han mostrado que tienen un intelecto elevado superior de lo normal y que son capaces de resolver interrogantes capciosas de una complejidad que no se espera de ellos.

Los resultados en estas aseveraciones los estudiantes obtuvieron resultados satisfactorios ya que el 85.72% contestó que **sí**, lo que es correcto demostrando así que tienen un nivel cognitivo elevado y que pueden identificar donde estas las áreas de deficiencia de los niños autistas, comprobando de igual forma que están en la etapa de discriminación según la teoría de Gagné.

Con un porcentaje de 8.58% contestaron que **no**; siendo su respuesta incorrecta y poniendo de manifiesto su bajo nivel de cognición en cuanto al tema del autismo se refiere y aún no alcanzan una madurez intelectual requerida para tratar o diagnosticar el autismo.

El resto, con un 5.72% contestó **no sé**, de lo cual se puede concluir que estos alumnos no conocen acerca de la enfermedad, de cómo se diagnostica, como discriminar de otra enfermedad, lo que quiere decir también que no hay interés por parte del alumnado o porque no se le ha dado la información adecuada sobre este síndrome en las aulas del centro de estudios donde están.



**9) Los autistas tienen deficiencias en las áreas social y emocional pero su potencial cognitivo es normal o inclusive superior.**

#### **4.1.10.- LOS NIÑOS AUTISTAS PRESENTAN TRASTORNOS ORGÁNICOS O FISIOLÓGICOS DETECTABLES.**

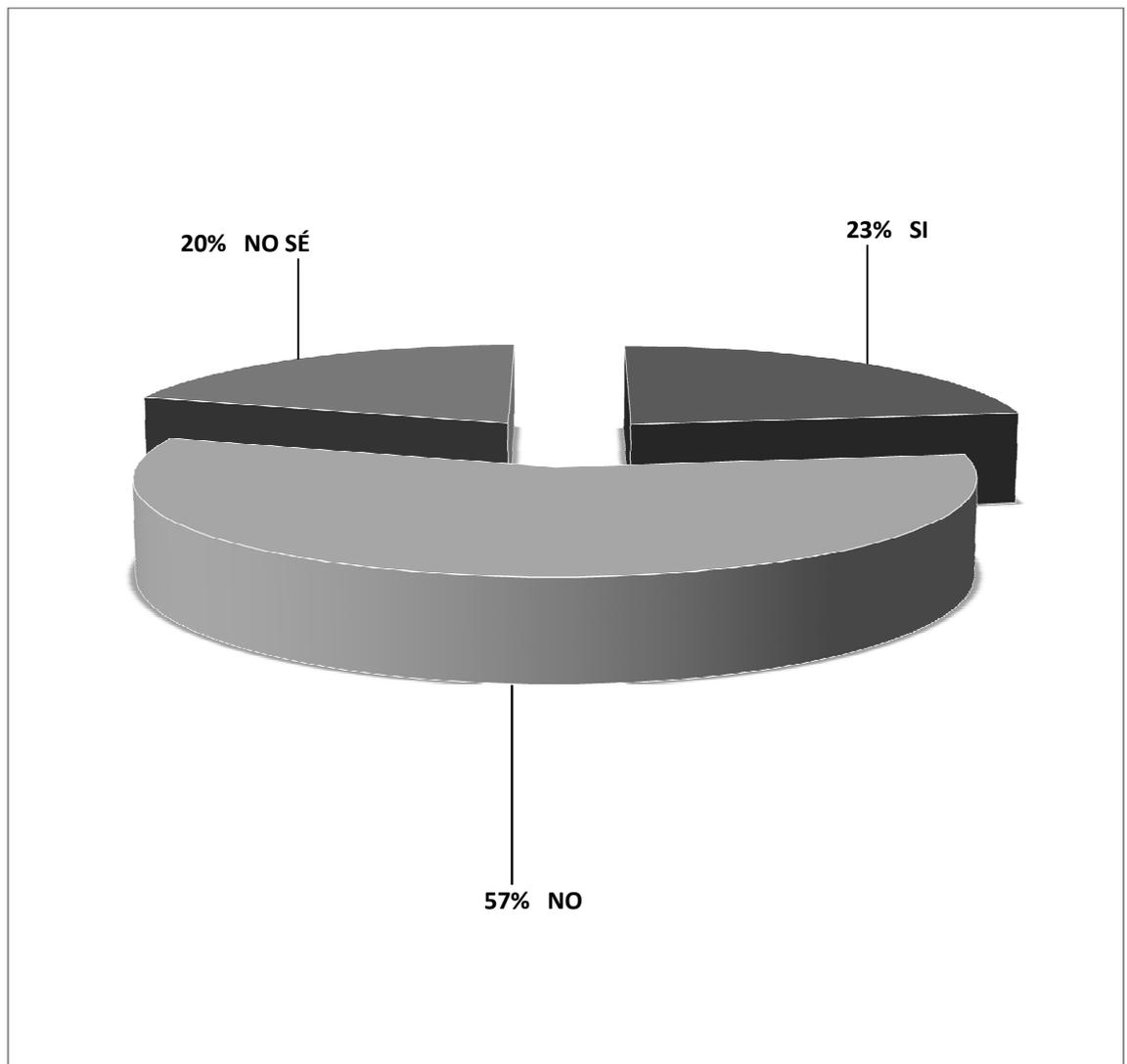
Unos de los aspectos importantes a considerar del síndrome autista y por lo cual, se dificulta su diagnóstico es por el hecho de que no presentan sintomatología orgánica o fisiológica, lo cual hace difícil detectar a tiempo el autismo, además de que no hay estudios que puedan marcar un parámetro para saber si un niño tiene autismo. El autismo presenta algunos signos a partir del año y medio de vida y en unos casos cuando no se le pone la debida atención puede llegar a detectarse hasta una edad tardía. Con tardía se refiere a la edad preescolar en donde el niño por naturaleza empieza a tener contacto con otros niños de su edad y también empiezan a descubrir el mundo, y en el caso del autista no lo hace.

Los signos principales que se detectan en el niño son a nivel de comportamiento, lo cual es el principal detonante para poder diagnosticar el autismo.

Haciendo el recuento de los resultados se obtuvo un 57.15% de respuestas correctas la cual es **no**, porque en un niño autista no se presentan trastornos orgánicos, esto también da a conocer que el porcentaje de alumno que contestaron correctamente tienen un nivel de conocimiento que encuentra en el nivel de señales y en el de discriminación según Gagné, esto porque ellos pueden diferenciar entre el autismo y otro trastorno de la infancia que pueda ser similar en su sintomatología a este síndrome.

Con un 22.86% están los que contestaron erróneamente a la aseveración ya que respondieron que **sí**, así pues, estos resultados manifiestan el poco o nulo conocimiento que tienen acerca del autismo ya sea este por poco conocimiento o por la falta de currícula en la universidad.

El restante obtuvo un 20% con una respuesta de **no sé**, lo que indica que no tienen una madurez cognitiva para poder distinguir el autismo de otros síndromes existentes no tienen ni la primera etapa de signos y señales según Gagné.



**10) Los niños autistas presentan trastornos orgánicos o fisiológicos detectables.**

#### 4.1.11.- ES DIFÍCIL DISTINGUIR ENTRE UN NIÑO AUTISTA Y UNO QUE PRESENTA DESARROLLO LENTO.

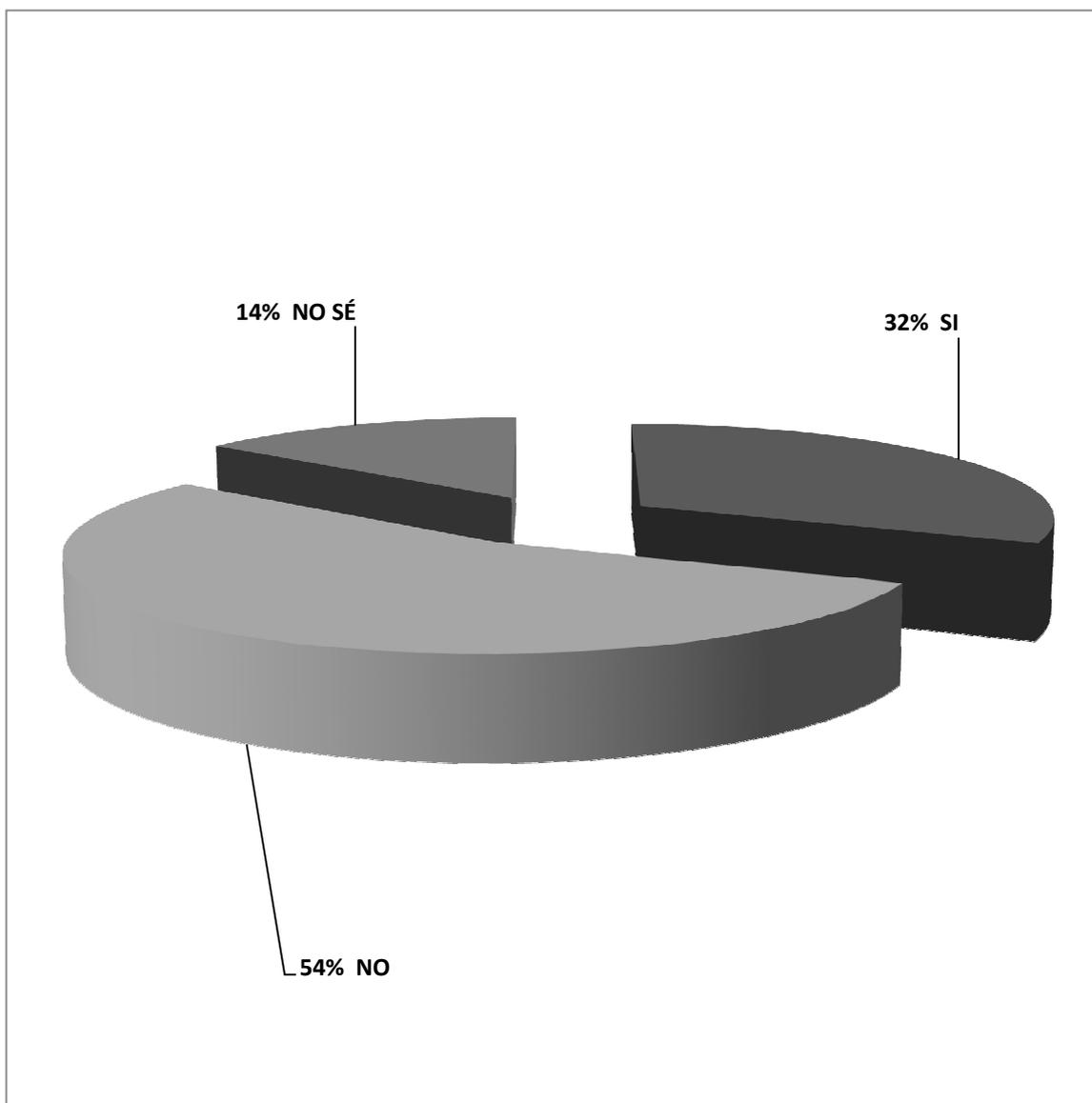
Cuando se tienen los conocimientos básicos acerca de un síndrome, en este caso el autismo, no debe ser difícil distinguir a un niño autista de uno que presenta desarrollo lento, en este último los síntomas se pueden diferenciar con cierta facilidad. Un niño con desarrollo lento se ve afectado en diferentes áreas, como la motricidad, el aprendizaje, el lenguaje incluso el área de la cognición.

La diferencia con el autismo es que un niño con desarrollo lento tiene un desarrollo emocional capaz de comunicar alegría, enojo, curiosidad, amor, además que logra reconocer a las personas más cercanas a él en este caso a sus padres y familiares, además tiene la capacidad de la socialización, un aspecto marcado que no se presenta en el autismo.

En este apartado los alumnos presentan una cognición adecuada, 19 de 35 evaluados, que representan un 54.29% son los que contestaron acertadamente, al responder que **no** es difícil hacer la diferenciación entre el autismo y desarrollo lento, lo que evidencia que estos estudiantes están en la etapa de discriminaciones múltiples la cual permite realizar una diferencia entre un síndrome y otro.

El 31.43% contestó que **sí** y esto es erróneo, lo que muestra la carencia de conocimientos para poder hacer diferencias de diagnósticos de las diferentes enfermedades relacionadas con el trastorno del desarrollo y poder así dar una recomendación acertada.

5 alumnos de los 35 contestaron **no sé**, que representa el 14.29%, estos resultados evidencian que son estudiantes que no cuentan con una formación académica adecuada a su nivel de estudios, además de mostrar que no tienen la madurez cognitiva básica para tener la iniciativa de documentarse acerca del tema.



**11) Es difícil distinguir entre un niño autista y uno que presenta desarrollo lento.**

#### **4.1.12.- EL AUTISMO SE DIAGNOSTICA ÚNICAMENTE CON BASE A LAS CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES QUE SE OBSERVAN EN EL NIÑO.**

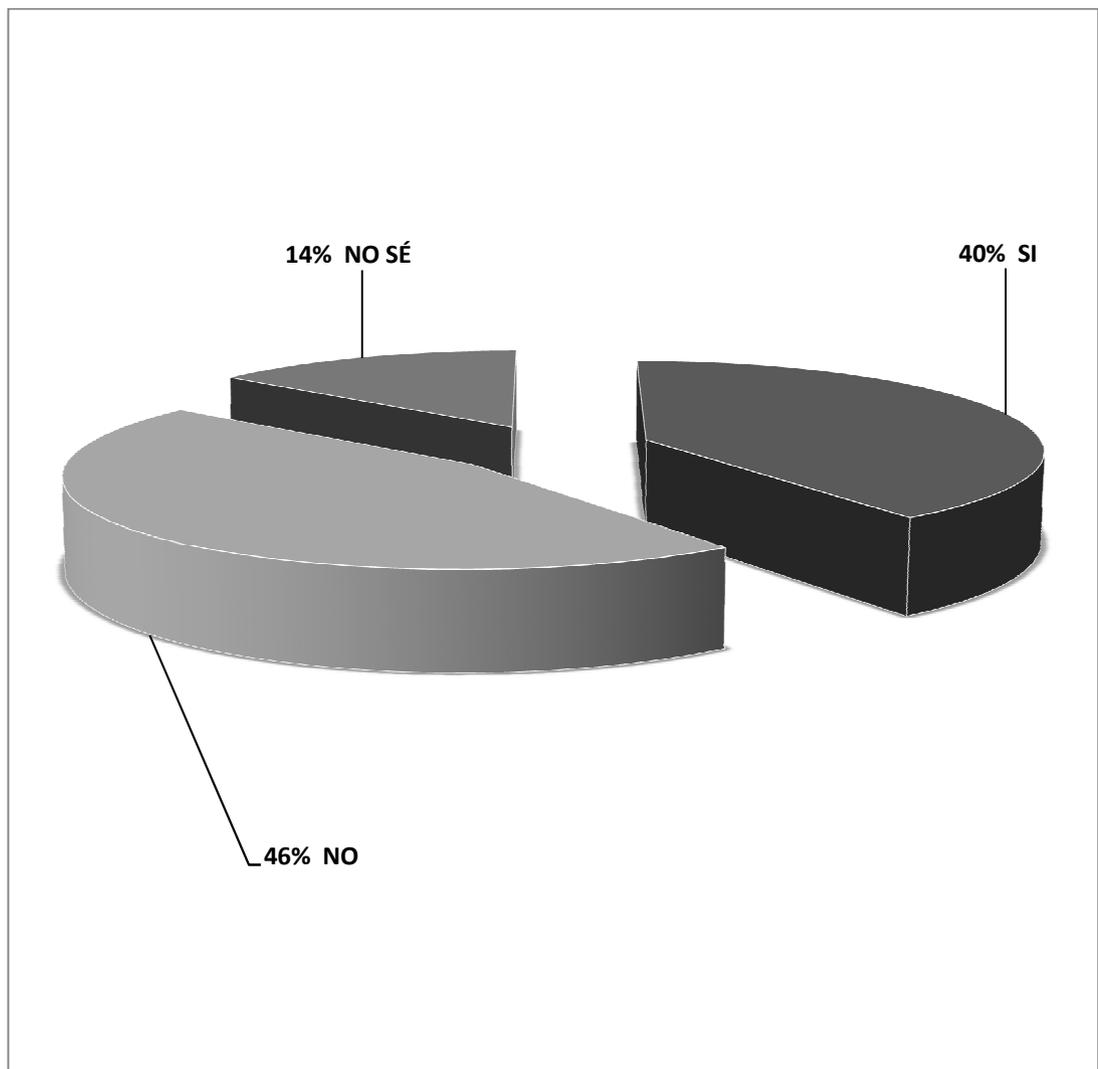
A través de los años se han tenido muchas dudas acerca de cómo diagnosticar el autismo, no existen parámetros estandarizados que presente la enfermedad a nivel orgánico o fisiológico.

En la actualidad se pone de manifiesto que la manera más eficaz de diagnosticar el autismo es por medio de las características conductuales que se observan en el niño autista, y un comportamiento característico de ellos, es que son niños que no socializan, y que en otros síndromes o trastornos no se presenta y es lo que marca una diferencia tangente entre estos.

El diagnóstico del autismo es difícil de realizar y en esta aseveración los alumnos obtuvieron resultados de un 40% de acierto al contestar que **si**, lo cual es correcto. Esto pone en evidencia los conocimientos que tienen acerca del tema, así como la madurez cognitiva para diagnosticar el autismo y están en la etapa de discriminaciones múltiples según Robert Gagné.

El 45.72% contestó que **no** lo que es incorrecto y esto indica que no hay conocimiento acerca del tema, de cómo se diagnostica el autismo que hay un vacío a nivel cognitivo sobre el síndrome autista. Careciendo así de los conocimientos básicos, así como de la cognición necesaria.

14.29% contestó **no sé**, lo que proporciona información de que no saben nada del autismo, ya sea por falta de crecimiento profesional o la carencia de una currícula en la universidad donde se están formando como profesionales de la carrera en psicología.



**12) El autismo se diagnostica únicamente con base a las características conductuales que se observan en el niño.**

## **CONCLUSIÓN**

A lo largo de estos apartados de la investigación se ha mostrado una larga lista de los aspectos que envuelven al autismo, el desconocimiento total de dicho síndrome, así como las posibles causas, diagnóstico, evolución o curso de esta patología.

Se ha descubierto a lo largo de la investigación que el síndrome autista es una realidad y que existe a cualquier nivel de personas, no respeta condición socioeconómico, raza, cultura, sexo, no es una enfermedad exclusiva que pertenezca o afecte a los países del primer mundo o tercermundistas, no hace diferencia alguna.

Es un trastorno que conforme pasa el tiempo más casos hay en el mundo, 1 de cada 150 niños que nacen son autistas. Será verdad que hay un aumento de casos o es que estadísticamente se ha evolucionado, o por otra parte, será que ya se sabe tanto del síndrome que ya se detecta y diagnostica con mayor facilidad.

Mientras se descubre la respuesta a esta interrogante, los profesionales de la salud deben ocuparse cada día más por conocer acerca del síndrome autista, para así evitar dar un mal diagnóstico y hacer que los familiares antes de escuchar el diagnóstico correcto visiten por lo menos 8 profesionales de la salud.

Con un diagnóstico temprano y correcto se puede lograr que el niño tenga una vida de confort y de mayor utilidad, valerse por sí mismo, ser una persona con autismo pero funcional; y con esto se puede lograr también una vida más tranquila para sus familiares más cercanos.

En esta investigación lo importante a demostrar es que conocimientos tienen los alumnos de la universidad de sotavento. De ahí parte la hipótesis realizada la cual dice que “los alumnos del último año de la carrera de psicología de la universidad de sotavento carecen de los conocimientos básicos del síndrome autista que son etiología/diagnóstico, aspectos cognitivos y evolución o curso.”

Es así que de acuerdo a los resultados obtenidos en la escala que se aplicó en esta investigación la hipótesis es falsa. Esto es porque los resultados mostrados en las graficas evidencian que los estudiantes evaluados tienen la cognición básica para poder identificar el autismo, si bien no para diagnosticar si realizar una canalización con un experto en este síndrome.

Se llega a esta conclusión porque los alumnos contestaron por encima del 50% en 10 de 12 afirmaciones que fueron aplicadas en el cuestionario y quedando en 2 aseveraciones por debajo del 50%. Así pues, la hipótesis se rechaza, sin embargo se debe tomar en cuenta que en el plan de estudios que tiene la universidad de sotavento no incluyen el tema del síndrome autista como base de la curricula, se abordan otros trastornos como el síndrome de Down, retraso mental, déficit de atención, entre otros. Se puede concluir que los alumnos tienen conocimiento del síndrome porque han buscado la manera de estar informados acerca de todos los trastornos del desarrollo existentes en la actualidad.

## **PROPUESTA CURRICULAR**

Después de un arduo análisis durante toda esta investigación y haber estudiado todo lo que representa el autismo, y también revisar el plan de estudios de la universidad de sotavento en su facultad de psicología, se proponen las siguientes sugerencias para ampliar el mapa curricular de dicha casa de estudios, con el objetivo de formar mejores profesionales y que cuando se enfrenten al mundo laboral estén lo suficientemente preparados para realizar un buen trabajo en la rama de la psicología.

- Incluir una materia en el mapa curricular en el último año de la carrera de psicología en la que se aborden los temas de los trastornos del desarrollo principalmente el síndrome autista.
- Insertar a los alumnos en instituciones donde puedan estar en contacto con los diferentes tipos de trastornos del desarrollo cuando realicen su servicio social correspondiente.
- Realizar jornadas con temas de actualización en los diferentes aspectos de la psicología pero especialmente en el síndrome autista.
- Promover una institución donde se atiendan a los niños con el síndrome autista, ya que en la actualidad no existen instituciones que atiendan a los niños con autismo.
- Promover un trabajo conjunto de profesionales en autismo con los catedráticos de la universidad, en cual se les brinde a los profesores una capacitación acerca del síndrome autista.

## BIBLIOGRAFÍA

Álvarez – Castellanos, 1995 El PCC: Autismo y Atención a la Diversidad. Universidad de Murcia. España.

Bettelheim, B. 1967. “La fortaleza vacía”, edit. Laia, Barcelona.

Canal, R., Rivière, A. 1996. “Conducta de juego y expresiones emocionales de niños autistas no verbales en una situación natural de interacción”. [www.autismoespaña.es](http://www.autismoespaña.es)

De La Barra, F. 1995. “Aspectos Biológicos del Autismo Infantil”. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, nº 33, pp. 361 – 365, Santiago, Chile.

Frith, U. 1999. “Autismo” Madrid, España. Edit. Alianza

Garanto, J. 1984. “El autismo. Aproximación nosográfico-descriptiva y apuntes psicopedagógicos”, Barcelona. Edit. Herder.

Gómez, J., López, B., López, E. 1998. “Aplicaciones del abordaje de la teoría de la mente a la evaluación e intervención de niños con autismo”. [www.autismoespaña.es](http://www.autismoespaña.es)

Gortázar, P. 1996. “Intervención educativa en autismo infantil: Descripción e intervención.” [www.autismoespaña.es](http://www.autismoespaña.es)

Guajardo, H. 2000. “Trastornos Generalizados del Desarrollo” Edit. Santiago, Chile.

Hernández Sampieri, R. 2001 Metodología de la Investigación. Ed. McGraw-Hill. México, D.F.

Manual Estadístico de las Enfermedades Mentales IV-TR. Ed. MASSON 1995

Memorias 2do. Congreso nacional de autismo “Nuevos caminos, nuevas opciones.” Sociedad Mexicana de autismo, a.c. México D.F. 1992

Memorias 3er. Congreso nacional de autismo. Sociedad Mexicana de autismo, a.c. México, D.F. 1993

Mendizábal, F. 1996. “Cuestiones Sobre Detección, Evaluación y Atención Temprana en Autismo.” [www.autismoespaña.cl](http://www.autismoespaña.cl)

Mercado, S. “Procesamiento humano de la información.” “Diccionario de la Psicología, Edit. Larousse.

Paluszny, M. 1987. “Autismo: Guía práctica para padres y profesionales”. Edit. Trillas, México.

Polaino, A. 1982. “Introducción al estudio científico del autismo infantil”, Mexico, Edit. Alhambra Mexicana.

Rivière, A. 1997. “Desarrollo Normal y Autismo.” [www.autismoespaña.es](http://www.autismoespaña.es)

Rivière, A. 1998. “Educación del Niño Autista: Manual de Educación Especial.”, España, Edit. Madrid.

Rivière, A. 2002. El Autismo y los Trastornos Generalizados del Desarrollo, Desarrollo Psicológico y Educación. Trastornos del Desarrollo y Necesidades Educativas Especiales. Vol 3, Alianza Ed. Madrid, España.

Sibón, J. 1997, "Los niños con autismo o alteraciones graves de la personalidad." [www.autismoespaña.c/](http://www.autismoespaña.c/)

Tamarit, J. 2002. El Alumno con Necesidades de Apoyo Generalizado, Desarrollo Psicológico y Educación. Trastornos del Desarrollo y Necesidades Educativas Especiales. Vol 3, Alianza Ed. Madrid, España.

Thompson. Introducción a la Psicología, fundamento de la Psicología Fisiológica, pp. 86-110 y 564-566.

# **ANEXOS**

## ANEXO I.



## UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.



La siguiente escala tiene la finalidad de conocer los aspectos cognitivos sobre el síndrome autista de los alumnos de la universidad de sotavento del último año de la carrera de psicología. Responda con sinceridad; por su colaboración. ¡GRACIAS!

INSTRUCCIONES: Por favor responda todas las aseveraciones. Elija una de las siguientes respuestas. Si le es imposible responder, conteste en la tercera opción que se le propone.

ASEVERACIONES	SI	No sé	NO
1.- El autismo es un trastorno de origen afectivo o emocional.			X
2.- La frialdad o rechazo de los padres es la causa del autismo infantil			X
3.- La mayoría de los niños autistas tienen retardo mental.	X		
4.- El autismo es un trastorno que se padece durante toda la vida.	X		
5.- Es difícil distinguir entre autismo y esquizofrenia infantil.			X
6.- Los niños autistas normalmente son esquizofrénicos cuando adultos.			X
7.- El autismo es una psicosis			X
8.- El autismo es un trastorno del desarrollo	X		
9.- Los autistas tienen deficiencias en las áreas social y emocional, pero su potencial cognitivo es normal o inclusive superior.	X		
10.- Los niños autistas presentan trastornos orgánicos o fisiológicos detectables.			X
11.- Es difícil distinguir entre un niño autista, y uno que presenta un desarrollo lento.			X
12.- El autismo se diagnostica únicamente con base a las características conductuales que se observan en el niño.	X		

## ANEXO II.

### PLAN DE ESTUDIO LIC. EN PSICOLOGIA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

SECRETARIA GENERAL

DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACION Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS

PLAN: 25

AÑO PLAN: 76 LIC. EN PSICOLOGIA

FACULTAD O ESCUELA: 21 PSICOLOGÍA

CREDITOS OBLIGATORIOS: 218

TOTAL DE CREDITOS: 310

AREA: 00

GRADO QUE OBTIENE: LICENCIATURA

CREDITOS OPTATIVOS: 92

SERIACION: SI

NUM. DE SEMESTRES: 09

CLAVE	CREDITOS	NOMBRE DE LA S ASIGNATURAS	TIPO DE MATERIA	SERIACION
<b>PRIMER SEMESTRE</b>				
0046	8	BASES BIOLÓGICAS DE LA CONDUCTA	OBLIGATORIA	
0361	6	INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CIENTÍFICA	OBLIGATORIA	
0452	6	LÓGICA SIMBÓLICA Y SEMÁNTICA	OBLIGATORIA	
0496	8	MATEMÁTICAS I	OBLIGATORIA	
0821	6	TEORÍAS Y SISTEMAS EN PSICOLOGÍA	OBLIGATORIA	
<b>SEGUNDO SEMESTRE</b>				
0004	6	ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO	OBLIGATORIA	
0226	6	FILOSOFÍA DE LA CIENCIA	OBLIGATORIA	
0497	8	MATEMÁTICAS II	OBLIGATORIA	
0501	6	MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN	OBLIGATORIA	
0766	8	SENSOPERCEPCIÓN	OBLIGATORIA	
<b>TERCER SEMESTRE</b>				
0006	8	APRENDIZAJE Y MEMORIA	OBLIGATORIA	
0185	8	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	OBLIGATORIA	
0541	8	NEUROFISIOLOGÍA	OBLIGATORIA	
0647	8	PSICOPATOLOGÍA	OBLIGATORIA	
0815	8	TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD	OBLIGATORIA	

#### CUARTO SEMESTRE

0156	8	DESARROLLO PSICOLÓGICO I	OBLIGATORIA
0186	8	ESTADÍSTICA DIFERENCIAL	OBLIGATORIA
0631	8	PENSAMIENTO Y LENGUAJE	OBLIGATORIA
0636	8	PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA	OBLIGATORIA
0814	6	TEORÍA DE LA MEDIDA	OBLIGATORIA

#### QUINTO SEMESTRE

0139	8	DESARROLLO PSICOLÓGICO II	OBLIGATORIA
0635	6	PSICOLOGÍA CLÍNICA	OBLIGATORIA
0636	6	PSICOLOGÍA DIFERENCIAL	OBLIGATORIA
0638	8	PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL	OBLIGATORIA
0646	8	PSICOMETRÍA	OBLIGATORIA

#### SEXTO SEMESTRE

0003	8	ANÁLISIS EXPERIMENTAL DE LA CONDUCTA	OBLIGATORIA
0187	8	EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD	OBLIGATORIA
0637	6	PSICOLOGÍA EDUCACIONAL	OBLIGATORIA
0640	6	PSICOLOGÍA DEL TRABAJO	OBLIGATORIA
0641	6	PSICOLOGÍA SOCIAL I	OBLIGATORIA

#### SÉPTIMO SEMESTRE

0162	8	DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS I	OPTATIVA
0546	6	NEUROFISIOLOGÍA DEL PENSAMIENTO Y DEL LENGUAJE	OPTATIVA
0588	6	ORIENTACIÓN VOCACIONAL Y ESCOLAR	OPTATIVA
0844	8	TEORÍA Y SISTEMAS I	OPTATIVA
0657	6	PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA I	OPTATIVA

### **OCTAVO SEMESTRE**

0189	6	EDUCACIÓN ESPECIAL	OPTATIVA
0634	8	PRUEBAS DE LA PERSONALIDAD	OPTATIVA
0658	6	PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA II	OPTATIVA
0163	6	DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS II	OPTATIVA
0499	8	MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA SOCIAL I	OPTATIVA

### **NOVENO SEMESTRE**

0164	8	DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS III	OPTATIVA
0363	8	INTEGRACIÓN DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS	OPTATIVA
0642	8	PSICOLOGÍA SOCIAL Y AVANZADA	OPTATIVA
0819	6	TEORÍA GENERAL Y ESPECIAL DE LA PSICOSIS	OPTATIVA
0848	8	TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN EN LA EDUCACIÓN	OPTATIVA